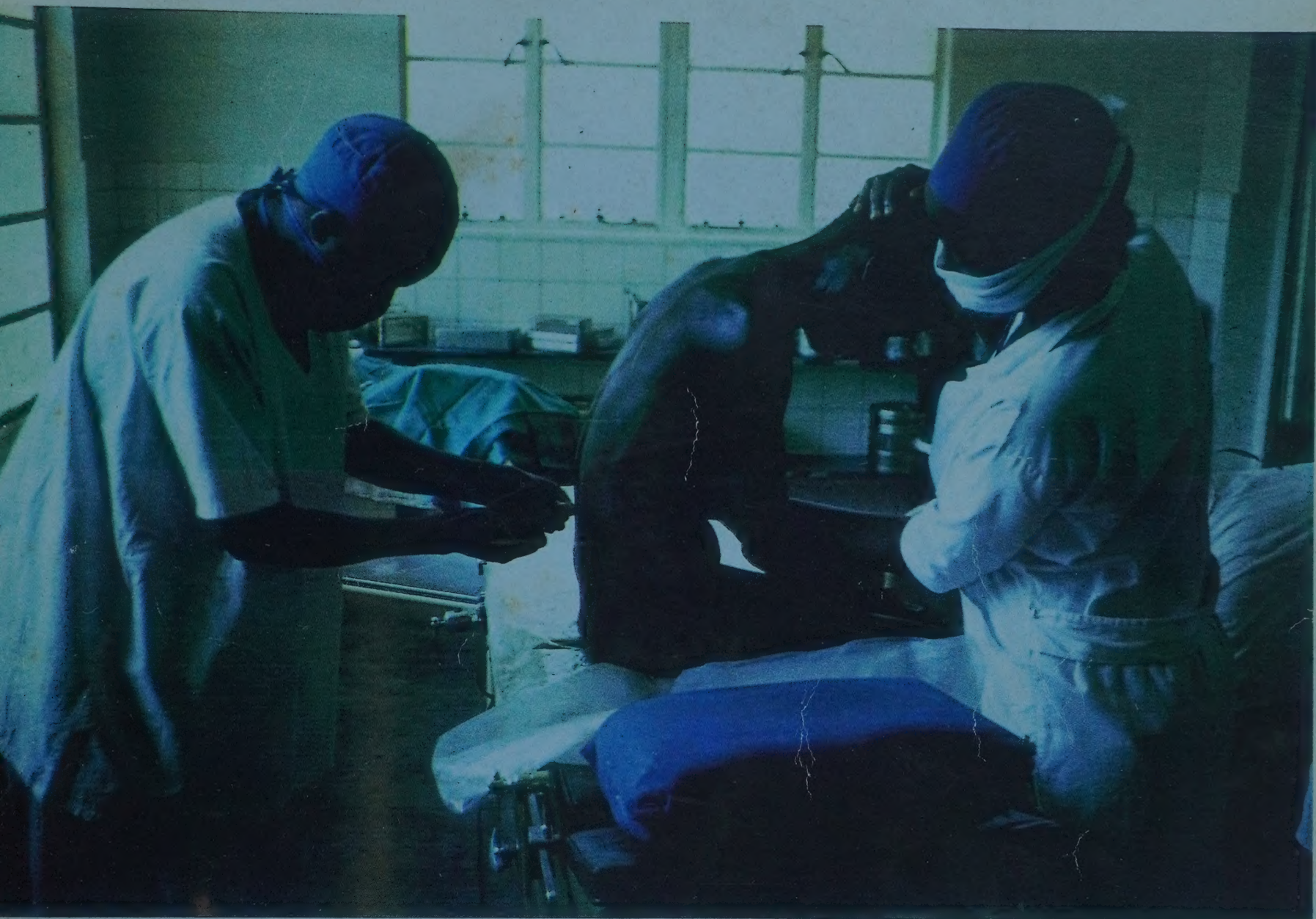
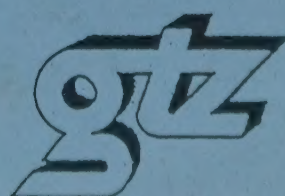


THE DISTRICT HOSPITAL: its function in the district health system



Volume 1: Synthesis of the Report
Volume 2: Annexes

Workshop at Yaounde / Cameroon
23/11/1993 - 27/11/1993 organised by
WHO/Geneva * IMT/Antwerp * GTZ/Eschborn



05383
CPHE

5383

COMMUNITY HEALTH CELL

No. 367, Srinivasa Nilaya, Jakkasandra.
I Main, I Block, Koramangala, Bangalore - 560 034.

THIS BOOK MUST BE RETURNED BY THE DATE LAST STAMPED		

CPHE

COMMUNITY HEALTH CELL 5383

CALL NO. GOM H 345 ACC. NO. 05383
AUTHOR BERCHE (T).
The District Hospital its
TITLE role within the District
Health Services workshop

Borrowed on	Borrower's Name	Returned on
8/2/99	Mr. PK. for Kesami	10/2/99

Community Health Cell
Library and Documentation Unit
367, "Srinivasa Nilaya"
Jakkasandra 1st Main,
1st Block, Koramangala,
BANGALORE-560 034.
Phone : 5531518

WHO - IMT Antwerp - GTZ

**THE DISTRICT HOSPITAL
ITS ROLE WITHIN
THE DISTRICT HEALTH SERVICES**

**WORKSHOP HELD 23 - 27 NOVEMBER 1992
IN YAOUNDE, CAMEROON**

**VOLUME I
SUMMARY REPORT
by DR. T. BERCHE**

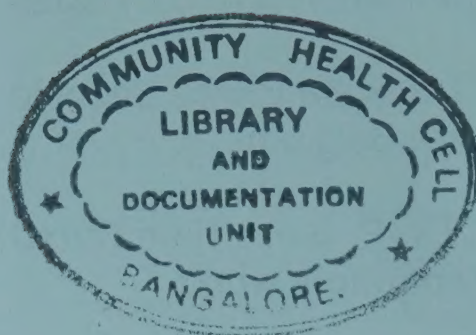
Dr. H. Görgen (GTZ), Dr. F. Siem Tjam (WHO) and Dr. B. Criel (IMT, Antwerp) have contributed remarks and comments to this report.

The workshop was jointly organised by

the Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, Health Population and Nutrition Division (Eschborn, Federal Republic of Germany) the World Health Organisation (WHO), Health Services Division (Geneva, Switzerland) and the Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold (IMT) Public Health Research and Teaching Unit (Antwerp, Belgium).

Dr. H. Görgen (GTZ), Dr. F. Siem Tjam (WHO) and Dr. B. Criel (IMT) were responsible for the preparatory work.

COM H 345
05385 ⁷⁹⁸



CONTENTS

- 1. The crisis facing hospitals**
- 2. The hospital within the district**
- 3. The role of the hospital**
 - 3.1. Medical, obstetric and surgical role**
 - 3.2. Information and research work**
 - 3.3. Training**
 - 3.4. Management function**
 - 3.4.1 Financial resources management**
 - 3.4.2 Human resources management**
 - 3.5. Maintenance**
- 4. The management team at district level and the hospital team**
- 5. The new social partners, the district management and the hospital**
- 6. Financing the hospital and modes of payment**
 - 6.1. Financing hospital**
 - 6.2. Modes of payment**
- 7. The result: the quality of care**
- 8. Lines of research and unanswered questions**
- 9. Conclusion: from the solitary hospital towards solidarity
("de l'hôpital solitaire à l'hôpital solidaire")**

Annex 1: Workshop programme

Annex 2: List of participants

Foreword

This workshop on the **ROLE OF THE DISTRICT HOSPITAL**, organised jointly by the GTZ, the WHO in Geneva and IMT in Antwerp, should be seen in context, bridging the gap between the 1991 workshop on "Financing District Health Services" held in Lomé, Togo, and the workshop planned for 1993 on "Urban Health Services".

In view of the current dramatic problems faced by hospitals, the time seemed right to rethink the role of the hospital, on the basis of experience gained by practitioners over the last few years. This workshop was thus an attempt to consider and adapt concepts and practices, and to support projects currently working in around fifteen countries.

This support took the form of exchanges of ideas and experience, structured in one of two ways, as addresses and question times or as group work.

The addresses looked at four topics with many overlaps and much common ground: the role of the hospital within the health district, the quality of care provided there, financing and financial management, the maintenance of equipment, and hygiene and environmental health.

Group work focused on a few crucial issues relating to these topics. The groups attempted to identify the core problems and propose solutions within a comprehensible frame of reference, rather than aiming to devise standardised solutions or panaceas which often prove inoperable in certain specific contexts.

Four main lines of thought, which can be seen as both approaches and solutions, were thus identified:

- a new concept of the hospital
- conditions to ensure quality care
- mobilisation of new or additional resources to supplement public funding
- conditions for better management of resources (including equipment).

The "OPTIMISATION PROCESS" and "MODERN DECENTRALISED MANAGEMENT" were contrasted with "rationing" and simply managing shortages.

1. The Crisis Facing Hospitals

Hospitals are facing a crisis. This state, which has been with us for at least twenty years was long attributed to the single factor of diminishing state funding. Only one treatment was felt to be appropriate to remedy this: meeting the funding shortfall would solve all problems. The focus was on renewing technical equipment, introducing user charges for medical treatment and training hospital managers, especially in large hospitals. This traditional approach was strengthened by the precarious socioeconomic context, characterised by shortages. It has not, however, been able to bring about any fundamental improvements to the situation, and has made the systems dependent on regular financial injections and inputs of equipment from external sources.

The participants thus sought and identified the other main elements which play a part in this crisis. Among the most important of these are

- the lack of any clear definition of the role of the hospital in terms of current health priorities of the country in question, which has resulted in hospitals accumulating the roles of both the primary and secondary tiers of the health service
- the wasting of scarce resources in conjunction with the existence of many inflated structures (frequently for historical reasons)
- management that is extremely dependent on a central level which limits decision-making (central budgetary powers) to putting into practice financial mechanisms and results in poor personnel management
- discouragement of health officials who feel that their profession has been neglected for many years (as a result of which their level of training has dropped); underpaid and robbed of responsibility, health staff find themselves in a situation where it has become the norm to divert resources.

All these factors contribute to a poor level of health care, and in consequence arouses a lack of trust on the part of users, which in turn leads to a drop in the effective health care coverage.

The crisis in which hospitals find themselves is thus a complex phenomenon. Any approaches aiming to solve the problem can but take into account all these elements and reveal any miracle solution which deals with only one or two points for what it is - an illusion. They must also take into account the social, economic and health context in any given case.

Although each country or project has experimented with partial solutions aimed at one aspect or another of the problem in the specific context of that country, the workshop attempted to take a global approach to change. Experiences reported showed that the HOSPITAL in its current crisis is **ALREADY CHANGING**.

2. The Hospital within the District

For a start the status and the role of first referral level hospitals, or district hospitals should be redefined, leaving aside the issue of the structure of the second referral level for the moment, although the two are obviously linked.

"It goes without saying that no hospital is an island in the middle of an ocean: it is closely linked to the people its serves and to the other health services"
(address of Dr. F. Siem Tjam)

The traditional view is that the hospital is a body or entity that exists separately from all other health institutions in its zone of action: it is "self-sufficient", independent of dispensaries and peripheral health centres (in that it can "live" without them), has no "definite" or even "indefinite" population (in terms of numbers and in sociological and cultural terms), and has thus continued to develop its structures on its own, building up capacities of up to several hundred beds. This inflation of an number of hospitals as a result of the process of "natural growth" (in line with the imported historical model) has often made them inefficient and unmanageable "budget-gobblers". In this model, the hospital is an end in itself, and the peripheral health centres are considered mere extensions of the curative services provided by the hospital, with a sort of filter function, but no real responsibility for taking charge of patients ("the only place to get proper care is the hospital").

The new framework of thought and action, as adopted by the workshop, centres on the HEALTH DISTRICT as a sub-system within the national health system of a country. This sub-system is a coherent entity, made up of two levels: the initial contact level or first tier (which generally comprises health centres) and the first referral level (the hospital). These two levels complement one another, but have different tasks and different health problems to solve. The health centres are the structures best suited to deal with common health problems efficiently and effectively, and to refer patients who are genuinely in need of more specific and more costly care to the hospital. The hospital, which is part of a unit (the district) with a well defined population (including the urban field of action), COMPLEMENTS and SUPPORTS the HEALTH CENTRES attached to it.

This new framework thus marks a radical change of perspective, and allows us to take new approaches to the functions, the individuals to take on these new functions, the people who have a part to play and new funding models.

The district: "is made up of a well defined population, living within a clearly demarcated administrative and geographic unit, in an urban or a rural area. It covers all facilities and all health care staff in the district ..."
(WHO Committee for the 1986 World Programme)

3. The Role of the Hospital

3.1. Medical, Obstetric and Surgical Role

These are the main fields of activity of a hospital. They can be seen most clearly in the registration and treatment of accident and emergency cases. But, apart from these critical problems which are, themselves absolute priorities, these functions too must be defined.

Traditionally they are defined in line with the priorities of the hospital as such ("every hospital must have such and such a department with such and such a specialist and such and such equipment"). This "standardisation" approach produces departments which operate poorly because they lack the skills and resources which they need to make full use of the equipment.

The new approach would no longer aim to make department X, Y or Z, or equipment A, B or C operational at all costs, but would determine which departments and what equipment correspond to the health priorities in that district (especially on the basis of the local morbidity data), and would determine how to ensure that the necessary resources were available on a permanent basis to the priority departments and for the priority equipment.

Yesterday's question "What clinical procedures and what departments constitute a hospital", has given way to a new question, "What clinical procedures and what departments does this hospital in this district need?". Thus EVEN DIAGNOSTIC PROCEDURES, TREATMENT, CARE and REHABILITATION DEPEND ON DISTRICT HEALTH PRIORITIES AND ON THE DIVISION OF RESPONSIBILITY BETWEEN THE VARIOUS HEALTH STRUCTURES WITHIN A DISTRICT - It is, of course, clear that the hospital will have to be responsible for most surgical and medical emergencies, and will thus require an operating theatre, an X-ray department and laboratories as well as hospital beds, for instance.

This is where the hospital links up with both the first and the third tiers of the health system (second referral level hospital). If a district hospital is to function satisfactorily, the peripheral and urban health centres must function well. The reference system among the various levels must be rationally organised.

At present, the hospital often provides care that could be provided at the first level, of the health centre as well as the level of care for which it is actually responsible. The first level, known as out patient care or the external dispensary is inundated with patients who have not been referred by a health centre. The hospital cannot, in any case, ensure continuous, integrated, global care, since it is not responsible for a well defined social group: the "open to everyone" policy is thus having a negative impact on the quality of services.

Relevant experience has shown that it is possible to organise health centres in urban areas (even right next to the hospital), where hospitals are generally found. These fully fledged health centres are responsible for well defined population groups, even if the criteria vary (geographical sector, voluntary registration, etc.). With the exception of accident and emergencies, the out-patient services of the hospital (run with the same resources as a health centre) are only open to patients that have been

referred to them, or who come from areas that are not yet covered by a health centre, or who come from another district.

The thorny issue of patients who are dissatisfied, with or without justification, with the care provided by the staff and/or the services of the health centres was the subject of heated debate. In the current situation it does indeed seem that it would be difficult to turn away patients who categorically refuse to go to their health centre: there must be a degree of flexibility provided this does not interfere with the role of the hospital and does not require other resources which would be used elsewhere in the hospital.

"A hospital which attempts to be both a health centre and a hospital will find itself faced with the following difficulties:

- (1) it cannot provide high quality primary health care
- (2) it is handicapped in its role as a referral hospital
- (3) it will undermine the credibility of health centres in the eyes of users
- (4) it will discourage the health staff of health centres, and reduce their importance and responsibility

(address of Dr. B. Criel)

Nevertheless this difficult question of the operational distinction between the first and the second tier of the health service will not be solved until the network of health centres attain a quality level such that the population have full confidence in the staff, and until information on the respective tasks of these two levels is disseminated, discussed and accepted by users.

3.2. Information and Research Work

A distinction can be made between the information needs linked to the regular operation of the hospital as an institution and those related to its new role within the district. The results of hospitalisation and utilisation of available resources including hospital beds and drugs fall under the first category.

It is less common to try to determine whether or not THOSE WHO GENUINELY REQUIRE REFERRAL FACILITIES (THE HOSPITAL) ACTUALLY HAVE ACCESS to it within a reasonable timespan, in order to find an acceptable solution. The example of high-risk pregnancies is a good indication: did the women make it to the hospital in time, and were they given adequate care there? Here we are faced with the problem of those who did not make it to the hospital in time, and thus with the links with the first tier of the health service (where high risk groups will initially be detected) is vitally important in the district.

"By analysing the system of referral and re-referral it is possible to identify the dysfunctions in the district health system in the circulation of patients between the first and second tiers of the system."

(Dr. Yansané M. Lamine)

The hospital's complementary and supportive role for the first tier, entails information needs which can be coordinated by the district management team, in particular by

analysing the referral procedures to determine whether or not they are appropriate. The efficiency of the hospital depends on this.

Thus, hospitals whose traditional contribution to research tends to be to conduct clinical and therapeutic tests on communicable diseases (new drugs or vaccines), could gear their work in this field more to operational research with a view to optimising the care they provide and their departments: RESEARCH WORK ON THE QUALITY OF CARE AND EVALUATION OF THE RESULTS OF HOSPITALISATION IN TERMS OF THE PRIORITIES OF THE DISTRICT, PERFORMED BY THE MANAGEMENT TEAM.

The decision-making process should then be enhanced, such that DECISIONS are considered as hypotheses TO BE VERIFIED rather than simple "arbitrary" instructions to be applied. Each decision should be taken within a research context where the management team would determine by evaluation whether or not a decision made at any given moment was the best under the circumstances. This presupposes major changes in the relations between members of the hospital team, and between it and the district management team.

3.3. Training

Traditionally, and ideally, the hospital organises further training for nursing staff.

Experience reported at the workshop indicates that the hospital could be given greater responsibility and more participation in this field. Indeed it was found that a hospital could provide FURTHER TRAINING FOR ALL THE NURSING STAFF IN A DISTRICT (including the hospital nursing staff), coordinated by the district management team. This training function is an important element of the technical and psychological support that a hospital can provide and is a significant element in good personnel management.

Importance was also accorded to the SUPERVISION of health centre staff as TRAINING.

Although district doctors frequently work in hospitals, the supervisory team should be made up of general hospital physicians, as has already been done in several contexts. The results of operational research, for example, on the validity of reference criteria would be an integral part of this.

3.4. Management Function

3.4.1. Financial Resources Management

Currently, in most cases, hospitals manage "grants", which are allocated for precisely defined cost categories (drugs, operations, maintenance/patient care, etc.).

The composition of these "imputed loans" and the allocation thereof are decided at central level in line with their priorities (making the hospitals in large urban centres work at all costs). Resources are distributed in a way which discriminates against

the periurban and rural areas, although this is where the majority of the population live.

The hospital thus "implements" a budget allocated to it, about which it is generally not informed until the spending authorisations arrive, in line with the provisions that exist in that country. This means that budget management has a unique character: revenue is made up of these "grants" from national level, which means that hospitals can manage only their spending. Should a hospital have its own revenues it often has to surrender the funds generated to the national treasury. It cannot work for a balanced budget since it has not control over its revenue and the expenditure has already been effected. Managers have practically no scope to improve the situation of the hospital.

It thus appears clear that, if healthy hospital management is to be introduced, it must be based on the district, be it urban, periurban or rural. Both the budgetary management and the personnel management must be decentralised to this end.

It is not merely a question of deconcentrating¹ state funding by transferring more authority to the hospitals, but of decentralising the system, delegating power to the district, where the district management body (see section 5) would decide on the allocation of funds in line with local priorities, with the support of the management team.

The degree of decentralisation may vary, depending on the situation of the country in question, but the decentralisation of budgetary authority must be a priority if policy-makers genuinely wish to change the current catastrophic situation of the hospital.

DECENTRALISED DISTRICT MANAGEMENT could be set up, covering the hospital too. The degree of autonomy would be characterised by the authority to make decisions on the allocation and utilisation of the available budget, in line with the requirements identified at district level. This budget would include various sources: funds allocated by the state (from the national budget) or administrative units (communities, districts or regions), funds raised locally (revenue generated by the health facilities, insurance or mutual society contributions, etc.), and external contributions.

Thus, in the process of optimising the use of resources and thus getting costs under control, the basic budget planning instance would be the district, and hospital managers would participate in and benefit from the distribution of global resources in this district.

Any decentralisation of hospital care which did not fit into the framework of the health district would, after a short period of euphoria, rapidly return to the status quo ante, because the functions would always be poorly defined and resources would invariably be wasted.

¹ Deconcentration: transferring certain responsibilities to a lower level, but retaining the right to make the final decision at central level.

3.4.2. Human Resources Management

Centralism is equally found in the field of human resources management, where the "rules" too are the same: the personnel is "granted" by central level (which is responsible for nomination and recruitment), without taking into account the priorities of the district and the hospital within this district.

Here too, efforts should be made to ensure an effective decentralisation: the district should be able to place state staff within its zone in line with local priorities (redeployment), and to recruit additional staff in line with available financial resources. There should be a clear division of responsibilities here between the management team and the district management body to avoid any arbitrary decisions.

"There must be an official document, in which personnel policy is laid down, approved by the district health council (management body). The policy thus enshrined must be compatible with the policies of other parts of the health system in the district and the equivalent bodies at national level".

(WHO The district hospital in rural and urban areas. Technical paper 819: 57)

3.5. Maintenance

It has been noted that requirements in the field of equipment maintenance are greater now than previously. An exemplary study in Senegal revealed that more than half of the medical equipment was not operational: 3/5 were in need of repair, 1/5 was in need of replacement and the other fifth was incomplete.

There is generally a maintenance service of a purely curative nature (i.e. undertaking repair work only) at central (national) level to cope with this problem. This centralised service cannot possibly cope with all "emergencies", which means that equipment is out of order too frequently, which not only affects the viability of the investments, but also obviously entails a drop in the quality of care.

The new PREVENTIVE approach takes into account these two aspects - making the best use of expensive equipment and ensuring quality care. It provides for regular inspection of equipment to check certain parameters, and regular maintenance to prevent the equipment deteriorating in any of a number of ways.

"In almost all countries (including industrialised countries), damage caused by users accounts for more than 70 % of break-downs. Giving users detailed instructions as part of their basic training is a vital contribution to ensuring that equipment works well and that its state does not deteriorate."

(address of Mr. M. H. Halbwachs)

Training users, both in professional courses and on the job can be considered an important preventative measure, by delegating the responsibility for (standard) basic maintenance to nurses and doctors.

This PREVENTIVE MAINTENANCE means:

- not only training and employing QUALIFIED TECHNICIANS (maintenance agents) who are capable of undertaking running repairs and supervising users
- but also DECENTRALISING THE MAINTENANCE SERVICE by according it the same importance as a medical imaging or laboratory service, for instance
- and INVOLVING USERS (health staff) in the process.

The transition from the current, purely curative, emergency repair situation to a preventive maintenance system presupposes a transitional phase which would allow the existing equipment to be repaired and would also serve to determine HOW TO CREATE INTEGRATED MAINTENANCE SERVICES, in particular at regional and district level (personnel, budget, appropriate technology, technical specifications, etc.).

This effective decentralisation will entail making maintenance part of the regular management at the various levels, and will thus necessitate coherent choices both in terms of the types of equipment needed to meet the health priorities of the district (in conjunction with maintenance technicians and not only users), and of the mobilisation of financial and human resources.

The maintenance problems can nevertheless not be completely solved by an appropriate hospital policy in this field. Decisions will have to be made on the choice of appropriate technology in line with the actual capacities in each country.

4. The Management Team at District Level and the Hospital Team

Within the scope of the vital decentralisation, the professionals of the district management team have a special part to play as the human resource base.

The degree of delegation of responsibility may vary, as may the institutional model, but there must be a departure from the traditional autocratic management style towards coordinating and implementing health programmes and activities at district level, which will be the major task of the team. To make services more efficient and to optimise results it is important that the members of the different health facilities that make up the health service define common objectives and bring the methods they adopt into line. This will be more an ongoing process than a decision to regulate the system.

Unfortunately this logic is more often honoured in the breach, since there is a hermetic and historical seal separating the first and second tiers in the health system: the health centres generally come under the auspices of the district management team, whereas the hospital answers to another team (and a different national authority).

The current status of hospitals, developed along European lines, normally makes them totally independent of the district. Their independent management is run

according to its own hierarchy and administrative norms. The relations between the two teams are often somewhere between indifference and open conflict: each one aims to siphon off the maximum of the available resources (which are by definition limited) for itself.

This situation is clearly regrettable for the population both from the point of view of the effectiveness of health services and from the point of view of the extra costs incurred.

From the new point of view of optimising health facilities, it is most desirable that the new role of the hospital within the district be accorded the status it deserves. Thus, members of the hospital team should be integrated into the district management team, not only to defend the "interests" of the hospital there, but above all to play an active part in defining priorities and making difficult decisions.

"Conflicts arise, characterised as "physiological" since everyone believes that he has made the right decision. If THE DECISION IS ONLY A HYPOTHESIS to be verified empirically, which will, by definition, be changed, it is easier to manage conflict since often one hypothesis is as good as any other, and nothing is definitively compromised by electing to accept one hypothesis rather than another."

(address of Dr. A. Fossa)

Critical incidents or problems which arise (and which go beyond personal questions) could become a development instrument within this management team. For example, if it is noted that a large percentage of a high risk group, such as multiparous women, are not covered by the present system, the complementarity of the existing tiers must be improved: in this way each person can contribute his specific knowledge and skills to tackle the problem in hand and redefine priorities.

We should not ignore the reservations that this new breakdown of decision-making power will entail, however, and the new methods of conflict management that this will require. The hospital team will be slightly apprehensive about having to sacrifice a certain degree of power, and may fear that their current resources will be cut significantly.

If the hospital needs a new image - and new prestige - it can gain both by optimising its results. One condition for this optimisation is that the hospital is integrated into the priorities of the district, and that its manager or managers play an active part within the district management team. It will thus have to sacrifice its autonomy in poverty on the altar of inter-dependent cost management.

5. The New Social Partners, the District Management and the Hospital

The social groups involved in running the health district are gradually finding a place and a part to play. The same ought to be true at hospital level, especially in view of the fact that the current independent administrative management model is not producing good results and may be considered obsolete.

"Either there is an extremely strict hierarchical control, with all decisions being taken at the top, or else decision-making is a participative activity on the basis of consensus. In a district health system, within which the hospital is one element, there is no room for an autocrat: participative management at several levels is a necessity and not an option."

(WHO op. cit.: 54)

Users and their families, the local or national elected representatives, health associations and mutual societies, managerial staff and medical staff all have a direct stake in the hospital system working properly. We must take this to its logical conclusion, and develop a "management body" for the hospital which takes into account the diversity of these social partners from a historical, cultural and socioeconomic viewpoint. Thus it appears impossible and illusory to draw up standard formula for "participation". Specific decentralised solutions must be identified for each region (or intermediary level), or even every sub-region.

This "participative management" already exists in many different forms in various parts of the world, but it is only of any use if it is adapted to specific situations. This is one of the challenges of decentralisation: the social partners can bring their objectives into line with available resources, and together decide on the best way to optimise the use of resources and thus the results produced by their hospitals.

6. Financing the Hospital and Modes of Payment

6.1. Financing the Hospital

One cannot look at modes and systems of financing the district, and thus the hospital without taking into account the current drastic funding shortfalls in Africa. This situation cannot be expected to improve in the near future since any upturn would demand major macroeconomic changes at national and international level.

In other words, new financing practices for health services will be very limited in scope.

The current financing system in most hospitals is based on the philosophy of "free" care, where the state meets the cost of services by redistributing tax revenues. In addition some services are paid for by users (prescriptions for drugs not kept by the hospital pharmacy).

At present, it is clear that the state cannot meet its commitments. "Free health care" has become an empty phrase, which no longer corresponds to reality: from the porter to the operating theatre patients pay for everything at every stage of their

odyssey through the hospital, and must still buy drugs on the private market at prices which are prohibitive for most people. The staff are sinking into a mire of abusive practices.

The shortcomings in the fields of planning and management, the poor general use made of existing resources (duplication, waste, etc.) and the absence of any real control all add up to make the hospital not only less and less accessible, but also to make the care available more and more mediocre. Thus, the two main objectives of any institution are not being met.

Despite this state of affairs, there is still a chance to turn the situation around.

Two main strategies can help the teams that are responsible gain greater scope to improve the financing situation:

- COST RECOVERY can take the form of user charges for services, which in effect leads to COST SHARING among the various different sources of funding, by diversifying the financial contributors (the state cannot continue to be the sole financier of the system any more than it can withdraw completely from the health sector)
- COST SAVING by optimising services.

Experience has shown that no single approach is enough in itself. User charges only make sense if they help improve the quality of care, and help the process of optimisation. In this regard the uninterrupted supply of essential drugs is a *sine qua non*.

It is equally illusory, and dangerous², to believe that users can bear the entire costs of a hospital: they can only make a contribution, which will complement other sources of funding.

The aim is more to DIVERSIFY funding sources than to organise a withdrawal of the state from the health sector. The state must not only retain its leading position, but must find a way of freeing additional resources for this sector. The support of outside private organisations, be they NGOs or state bodies must also be systematically taken into account. The payment of services in one form or another is thus only one arm of this strategy.

Appropriate budgeting, as one element of district-level planning, will allow those responsible to put this policy into practice, provided that management is made TRANSPARENT (which involves more than merely holding speeches on the topic of transparency of management). A real control can only be organised by what we have called the management body (see section 5).

In this regard, the financing process can also provide a way for social groups to exert their right to inspect the management of health services.

² If a system becomes financially inaccessible to a large part of the population, health care will only be available to a privileged class.

Financing must help ensure social justice and thus make health care more accessible to low income groups.

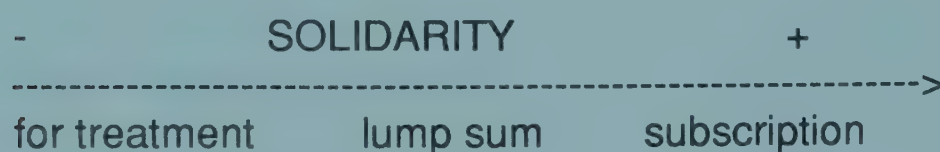
The process of financing must reinforce the coherence of the health services within the district, for instance by allowing positive discrimination for patients who have been referred and/or patients with priority problems where the need for rapid treatment could be favorised by preferential charges.

All in all a process of rationalisation is needed to go from a system of rationing, or poverty management by the state to a system of optimisation of existing resources and resources that can be mobilised locally, or a modern decentralised management.

6.2. Modes of Payment

It was noted that a wide variety of practices exist (payment for each treatment, for the course of treatment, payment in advance, insurance). The essential element to differ from one practice to another is the degree of solidarity between current and/or potential users.

Figure 1: Modes of payment and their places along the solidarity axis



The task of gearing a system more to solidarity could be considered an end in itself, a social objective covering the financial accessibility or economic viability of the health care structure, and ensuring continuity of care.

The workshop considered the feasibility of a sort of ADVANCE PAYMENT in rural areas (VOLUNTARY "social contributions" managed by health professionals) as a step on the way to developing a pre-insurance or insurance system. As the Bwamanda example in Zaire shows, this system needs many years of preparation, a lot of exchange with the social groups involved and a certain level of optimisation of district services.

The obstacles to advance payment (and to insurance in general) are many: a lack of trust on the part of the population in poor quality hospitals, the problem of leaving the financial functions and control in the hands of one social group, an inclement institutional framework and the fact that families do not always have the disposable income to pay contributions³.

A thorough reform of hospitals is thus a precondition for the evolution of this type of payment. The problem of disposable income can be solved by collecting

³ In an economic situation of extreme poverty (permanent or temporary), no mode of user payment is a realistic option.

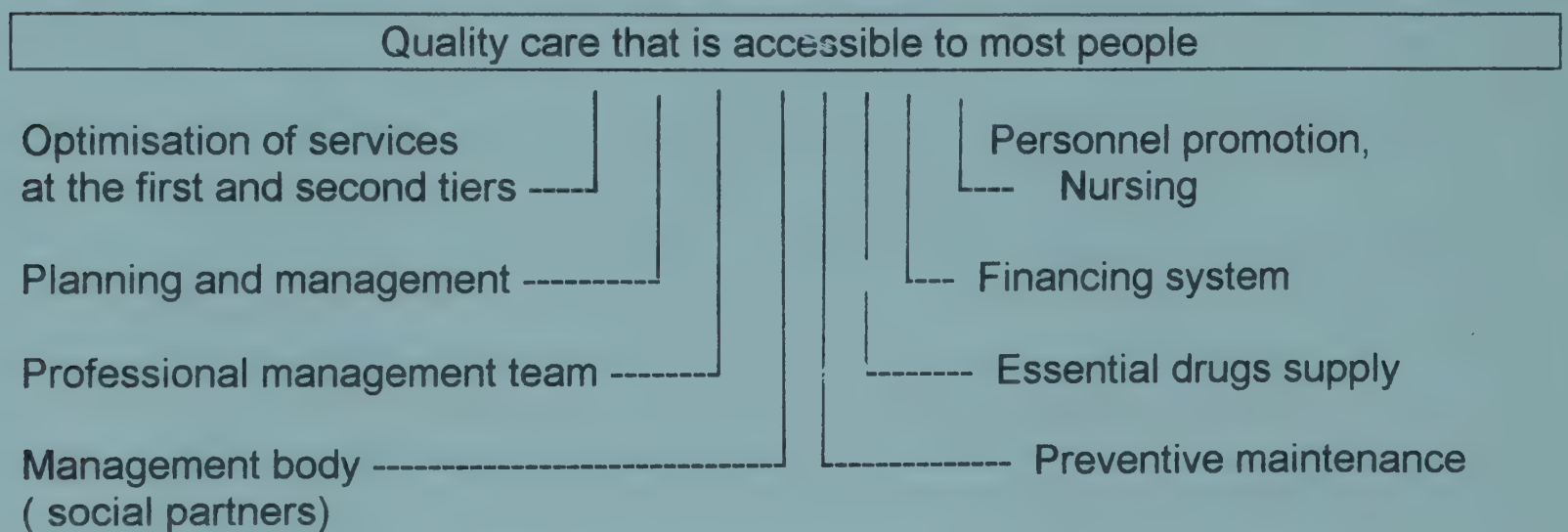
also no doubt benefit from experience in urban areas which raises specific questions.

There are, however, two problems to be taken into account if this mode of payment is adopted: firstly the selection of non-covered risks (where patients will have to bear the full cost of treatment) and secondly the problem of countering excessive use of the services by contributors. A way must be found to spread risks between the sick and the well (process of solidarity) and to break excessive use of services (e.g. a control voucher).

7. The Result: The Quality of Care

In the new concept and practices put forward here, the quality of care is more the **RESULT OF VARIOUS LINES OF FORCE OF A WELL-FUNCTIONING DISTRICT HEALTH SERVICE** than one isolated element. By putting these factors in place, the system is to be made effective and **ACCESSIBLE** to the majority of the population, especially in financial terms. Figure 2 illustrates this.

Figure 2 Factors influencing the quality of care and the accessibility of these factors within a health district



This still leaves us the question of the quality of care. This depends as much on the available human and financial resources, and on their judicious use as on the cooperation and participation of patients and their families in the action launched. This is no ideal quality of care, in a temporal and spatial vacuum.

However, we must beware of two pitfalls: firstly adopting criteria developed in rich countries which quite obviously cannot be applied in another economic and social context, and secondly allowing each professional to decide for himself.

It then becomes important for qualified health professionals to determine **SCIENTIFICALLY VERIFIABLE CRITERIA GOVERNING THE QUALITY OF CARE**, in concrete situations (the districts in this case). These criteria must then be applied by all the various types of health service staff. The medical and professional criteria must be linked to relational and organisational criteria.

These criteria could then be charted against the opinions of the various actors (patients, different professionals, decision-makers) in the form of a double-entry table, as illustrated below (scores can be entered in the spaces).

	Social Actors			
	Patients	Nurses	Doctors	Decision-makers
Medical, Professional, relational, organisational criteria				

Will they be socially acceptable though? This raises the question of ETHICS which could be entrusted to a body of experts to answer (an ethics committee).

8. Lines of Research and Unanswered Questions

In the course of discussion certain lines of research on the hospital were identified, concerning:

- the organisation, management and contents of referral and re-referral
- criteria and indicators of the quality of services and care
- analysis of decisions taken as hypotheses to be verified
- participation of social partners in management and improving the quality of services
- analysis of the efficiency of complementary funding
- cost-benefit analysis of maintenance services (viability)
- criteria to be adopted when making technical choices
- conditions for ensuring ongoing funding for measures currently funded by external aid.

Since the workshop was limited in time and in the topics that could be discussed, several important questions could not be tackled in any great depth and remained unanswered. They were related to:

- the process of transition towards the hospital of tomorrow (legal and legislative framework, conditions for team management, etc.)
- coordination of districts and referral hospitals
- the physical structure of the hospital in terms of its social acceptability (day-care hospital, self-care, optimum capacity) and the place accorded to families (their status and role within this structure)
- social relations within the hospital and the role of the hospital team
- the place and role of hospitals and private services in all sorts of districts.

These lines of research and open questions indicate that there is still a wide field of research to be explored as regards the district hospital.

9. **Conclusion: From the Solitary Hospital Towards Solidarity** (" de l'hôpital solitaire à l'hôpital solidaire")

This workshop did not attempt to reanimate the traditional hospital of yesteryear, but to develop the basis for a new hospital policy at district level. Certain framework conditions are, however, necessary, heading towards **EFFECTIVE DECENTRALISATION**.

This new approach involves a new legal and legislative framework, a certain autonomy in the management of human and financial resources at district level with appropriate administrative regulations, the legalisation of user charges and the organisation of participative management shared by the social partners.

The optimisation of services and care should, in particular, be supported by a clear essential drugs policy and a policy of sourcing equipment that could be termed "essential equipment" as well as a system of preventive maintenance.

The trainers of members of management teams and hospital teams (training schools for doctors and nurses) must make an effort to adapt their courses in conjunction with users.

<p>"Our mission is clear - to transform the district hospital from a solitary hospital to part of a system based on solidarity"</p>

<p>(address by Dr. E. Gbaguidi)</p>

Some useful titles

WHO 1992

Hôpital de district dans les zones rurales et urbaines, Rapport Technique no. 819.
 Geneva, World Health Organisation

Van Lerberghe, W., Van Balen, H., Kegels G., 1990

Hôpitaux de district et hôpitaux de premier recours dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara. Brussels, Medicus Mundi International

Van Lerberghe, W. and Lafort, Y., 1990

Le rôle de hôpital de district: dispenser ou soutenir les soins de santé primaires?
 Document SHS no. 2, Geneva, WHO

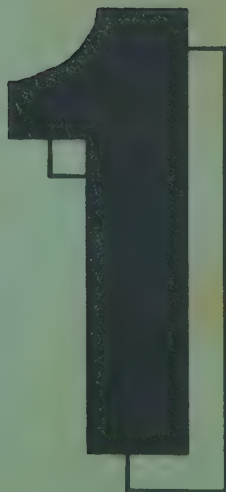
WHO - IMT Antwerp - GTZ

**THE DISTRICT HOSPITAL
ITS ROLE WITHIN
THE DISTRICT HEALTH SERVICES**

**WORKSHOP HELD 23 - 27 NOVEMBER 1992
IN YAOUNDE, CAMEROON**

Volume 2: Annexes

- 1 L'historique et l'évolution des caractéristiques de l'hôpital de district. Dr. F. Siem Tjam (OMS)
- 2 L'hôpital dans le contexte du district. Dr. B. Criel (IMT)
- 3 Relations entre autorités centrales et districts sanitaires: droits et obligations. Dr. K. Koné (Guinée)
- 4 Fonctionnement d'un hôpital de district: étapes préparatoires (expériences de CREDESA). Pr. E. Alihonou (Bénin)
- 5 L'équipe-cadre. Dr. A. Fossa (Italie)
- 6 Les tâches de l'hôpital. Dr. D. Bakala (Congo)
- 7 Un centre de santé au sein de l'hôpital? Dr. W. Hammer (Zaïre)
- 8 Analyse des problèmes de la référence des malades dans le district sanitaire de Guéckédou. Dr. Yansané M. Lamine (présenté par Dr. Dörlemann)
- 9 L'hôpital de district dans la référence/contre-référence: priorités de recherche. J. Van der Venet et B. Dujardin
- 10 La qualité des soins: qu'est-ce que c'est? Dr. J.F. Rakotojaona (Madagascar)
- 11 L'organisation rationnelle d'un hôpital. Dr. A. Enzanza (Congo)
- 12 L'assurance de qualité: méthodologies diverses. Dr. R. Meloni (Congo)
- 13 Les soins infirmiers à l'hôpital. Mme. C. Weynants (Belgique)
- 14 Une structure de dialogue avec la communauté: le conseil d'administration de l'hôpital. Dr. E. Gbaguidi (Bénin)
- 15 Le financement du district sanitaire: la place de l'hôpital. Dr. H. Görgen (GTZ-Siège)
- 16 Monitoring financier à l'hôpital: le cas de Bê/Lomé. Dr. G. Schmidt-Ehry (Mme. / Togo)
- 17 Financement et gestion financière de l'hôpital de Kissidougou/Guinée. Dr. C. Soumah (Guinée)
- 18 Kasongo/Zaïre: étude de cas sur le financement. Dr. B. Criel (IMT)
- 19 La maintenance de l'équipement des services de santé. H. Halbwachs (GTZ-Siège)
- 20 Coût/Bénéfice d'un système de maintenance. R. Schmidt (Sénégal)
- 21 Hygiène hospitalière: étude de cas au Rwanda. H. Morr.
- 22 Assainissement à l'hôpital - Problèmes et suggestions. Dr. P. Scheiber (Allemagne)



HOPITAUX ET SOINS DE SANTE DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT

Dr F. Siem Tjam, Medical Officer
WHO, Geneva

L'évolution des soins de santé

Pendant des siècles, les soins de santé ont suivi deux directions apparentées mais différentes. On distingue, d'une part, les soins individuels aux personnes qui souffrent, aux malades et aux mourants, d'ordinaire dispensés par des services ambulatoires ou institutionnels financés d'une façon ou d'une autre, selon le système de la rémunération directe à l'acte, par les malades ou à titre charitable.

D'autre part, mues par une communion d'idées individuelle ou collective, des obligations féodales et religieuses et le désir des pouvoirs publics de promouvoir l'ordre et d'améliorer la productivité, les sociétés ont administré les soins publics en recourant à la législation, en instaurant des structures spéciales et des services de masse financés par la fiscalité et plus récemment par toutes sortes de systèmes parallèles d'assurances ou de participation aux frais.

Ces approches se sont modifiées, tant dans leur ampleur que dans leur nature, sous l'influence de l'évolution des structures sociales et de la richesse des nations ainsi que sous l'effet des technologies.

L'importance des hopitaux dans les soins de santé

- La contribution la plus visible des hôpitaux à la santé est du domaine des soins de restauration et de réadaptation
- Leurs effets directs sur l'état de santé d'une communauté sont moins visibles mais néanmoins importants. Dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé, les hôpitaux jouent un rôle fondamental. En effet, une grande part des informations relatives aux facteurs biologiques qui nuisent à la santé proviennent des hôpitaux.

Parce qu'ils sont engagés à soulager les souffrances et à éviter les décès, et du fait de leur autorité naturelle au sein de la communauté, les hôpitaux occupent une place importante dans tout système de santé national ou local. On peut y voir :

1. l'expression de la volonté d'une communauté ou d'un gouvernement de soulager la souffrance;
2. un centre d'interventions techniques qui ne peuvent être assumées par les agents de soins de santé et les établissements au premier niveau de contact (généralistes, centres de santé, agents des soins de santé primaires, etc.);
3. des soins garantis pour ceux qui, malgré des mesures de prévention, sont néanmoins dans l'adversité;
4. une source d'information continue sur la fréquence de maux graves ou complexes dans la communauté. Surtout lorsque surviennent de nouvelles menaces pour la santé, les hôpitaux constituent une importante source pour l'analyse des données et des interventions nouvelles;
5. un centre d'apprentissage: un lieu pour le transfert de connaissances et de compétences et une source de formation continue pour les agents de santé à tous les niveaux;
6. une industrie dont le produit peut être exprimé en termes de réhabilitation pour la productivité, d'oeuvre charitable et de profit;
7. une tête de pont qui peut être renforcée pour faire face à la vague de souffrances humaines consécutives à une catastrophe naturelle ou due à l'homme. Les hôpitaux de district, en particulier, du fait de leur situation géographique, sont les bastions naturels des réseaux nationaux;
8. un lieu où sont dispensés des soins d'urgence aux blessés graves.

Conditions du fonctionnement des hôpitaux

La propriété et les sources de financement d'un hôpital en déterminent largement le statut juridique. Mais, pour la communauté, l'hôpital est précieux en raison des services qu'il dispense, d'où sa définition fonctionnelle. La réussite d'un hôpital dépend donc de deux ensembles principaux de questions.

A. Conditions extrinsèques

-- Disponibilité et qualité du personnel, y compris l'existence de moyens de promotion cyclique appropriés et de perspectives de carrière.

- Niveau du développement socio-économique de la communauté où il est situé, y compris l'infrastructure routière, les systèmes de communication et de transport, l'approvisionnement en eau et l'électricité, les structures et les caractéristiques sociales et l'éducation.
- Structures et habitudes financières de la communauté et degré de développement d'une économie monétisée.
- Accès régulier aux fournitures fongibles telles que les produits pharmaceutiques, les films radiographiques, les pièces détachées, etc. et, dans de nombreux pays en développement, disponibilité de devises en quantité suffisante.
- Disponibilité de compétences essentielles pour l'entretien.
- Type et degré de parenté, de collaboration ou de concurrence avec les autres organismes et établissements de santé dans la population desservie.
- Situation de l'hôpital sous l'angle de l'accessibilité physique et dans l'organigramme du système de santé local.

B. Conditions intrinsèques

- "Mission" de l'hôpital telle qu'elle est définie par son organe directeur
- Types de soins et d'interventions assurés, y compris les critères d'admission et de sortie, les valeurs opérationnelles, l'éthique et les normes de qualité
- Gestion des informations sur les malades hospitalisés, les malades en consultation externe et l'établissement
- Prise des décisions dans les domaines clinique et administratif
- Ampleur et état des installations physiques, y compris les équipements, le matériel et les stocks
- Degré de liberté et de responsabilité concernant la gestion du personnel, des matériels et des finances, y compris la tarification des services hospitaliers

L'hôpital dans le contexte de la santé pour tous

Que peut apporter la médecine hospitalière à cet effort mondial en faveur de la santé ?

Les hôpitaux commencent à participer à des activités qui se déroulent en dehors de leurs murs. Ils commencent à coordonner leurs efforts avec les centres de santé et d'autres organismes avoisinants, faisant ainsi progressivement partie intégrante des services de santé de district complets.

Mais en général, les hôpitaux sont inégalement répartis dans les pays. D'ordinaire concentrés dans les villes, ils vont invariablement d'établissements mal équipés et mal entretenus à d'excellents centres de soins de traitement et d'apprentissage.

Axés par nature sur la fourniture des meilleurs services possibles, compte tenu de la situation, aux individus sous leur responsabilité, ils perdent souvent de vue les causes des maladies et les mesures à prendre pour y remédier. C'est pourquoi ils sont toujours surpeuplés et deviennent peu à peu incapables de faire face aux problèmes.

C'est ainsi que, faute de fournir un appui et un encadrement techniques aux centres de santé avoisinants, conformément à une politique convenue en matière d'orientation-recours et admissions, un hôpital risque souvent de devoir accueillir des cas qui lui sont adressés à tort ou trop tardivement.

Tandis que les hôpitaux contribuent en général très largement au traitement des blessés et des malades en diffusant des connaissances et en simplifiant des principes et des interventions scientifiquement sûrs pour en étendre l'application, nous observons aussi une concurrence inutile pour l'obtention de ressources limitées et une prédilection excessive pour des interventions monovalentes bénéficiant à un petit nombre, au détriment d'approches intégrées plus efficaces. Encouragée par de profondes convictions et parfois soutenue par des donateurs extérieurs, la collaboration effective tous les organismes de santé aux systèmes locaux se trouve ensuite inhibée.

Il y a en outre

- La tendance à privilégier les grands hôpitaux alors que la majorité de la population rurale mais également de la population urbaine est mieux desservie par les établissements de petite et de moyenne dimension pour les raisons suivantes : proximité, souplesse dans les fonctions et adaptabilité aux besoins changeants dans leur environnement.
- La principale question qui se pose est la suivante : Quels sont la quantité, le type et le niveau des soins hospitaliers, dans un environnement socio-économique donné, qui sont nécessaires, raisonnablement accessibles et d'un coût abordable.

Il va sans dire qu'aucun hôpital n'est comme une île perdue en plein océan; il est intimement lié à la population qu'il dessert ainsi qu'aux autres services de santé présents.

L'évolution des soins de santé et des hopitaux dans les pays en developpement

Au moment de leur accession à l'indépendance, nombre de jeunes nations se sont dotées d'hôpitaux de type occidental, la création d'un centre hospitalier universitaire était aussi jugée comme indispensable. Les politiques de santé privilégiaient la médecine professionnelle et les soins en milieu hospitalier. Depuis lors, il est apparu clairement que, face aux pathologies courantes, il fallait, avant tout, améliorer les conditions sanitaires liées à l'environnement. Dans les pays en développement, où la plupart des affections qui exigent une attention médicale sont la conséquence de l'insuffisance du développement social, on constate souvent qu'une forte proportion des lits d'hôpitaux sont occupés par des malades souffrant de troubles qui pourraient être évités (paludisme, diarrhées, accidents, par exemple) moyennant une amélioration des conditions matérielles et sociales.

Depuis les années 70, l'idée que la santé ne peut pas être dispensée, vendue ou donnée par les professionnels de la médecine, qu'elle est inhérente à l'individu, à son patrimoine génétique, à son comportement et à sa connaissance de ce qu'il faut faire et ne pas faire, a fait du chemin, aboutissant à l'approche philosophique et stratégique sur laquelle est fondée la notion de soins de santé primaires. Cette approche met en outre l'accent sur l'auto responsabilité en matière de santé et sur la participation de l'individu et de la communauté toute entière au développement sanitaire et social.

Lors du lancement de la stratégie des soins de santé primaires, le rôle des soins médicaux, des professionnels et des hôpitaux, n'était pas encore bien défini, mais en 1985, un Comité d'experts de l'OMS sur le rôle des hôpitaux de premier recours a étudié leur rôle dans la santé pour tous et un groupe d'étude, en 1990, a examiné leurs fonctions plus en détail. Des efforts pour étudier les hôpitaux ont donc été entrepris parallèlement au renforcement d'unités gérables du système de santé national, et dans le contexte de ce renforcement. Ces unités s'intitulent différemment selon les pays mais, pour plus de simplicité, on les appellera ici "systèmes de santé de district" ou, comme en Amérique Latine, "Sistemas locales de Salud".

à grand peine

Il est clair maintenant que dans de nombreux pays en développement, il existe quelques grands hôpitaux ~~bien~~ entretenus, alors que les hôpitaux de moyenne et petite taille, construits, dans bien des cas, au moment de l'indépendance et desservant la majeure partie de la population périurbaine et rurale, sont complètement délabrés.

Planification et organisation des hôpitaux

Au moyen-âge, les hôpitaux d'Europe occidentale étaient des établissements charitables qui soignaient les malades et les personnes qui souffraient. Créés et tenus par des organisations religieuses, ils s'employaient essentiellement à soulager les malades en les rapprochant de Dieu. Leur architecture en témoignait souvent, toutes les salles convergeant vers la chapelle centrale. Aujourd'hui, ce sont les services techniques qui se trouvent d'ordinaire au centre d'un hôpital, et qui déterminent dans une large mesure le niveau de complexité des soins dispensés.

Les grandes questions qui se posent à propos des hôpitaux sont les suivantes :

1. Quelles fonctions attend-on ou exige-t-on d'un hôpital dans une communauté donnée compte tenu de ses ressources limitées ?
2. Quels sont les besoins sanitaires qui nécessitent une certaine concentration de techniques et des soins en établissement, que seul un hôpital peut assurer ?
3. Quelles politiques nationales de financement et quelles politiques relatives aux systèmes de santé de district encourageront l'utilisation optimale d'une telle concentration de ressources et en éviteront le gaspillage ou l'utilisation inopportune ? Il est évident que la concurrence avec les structures de soins ambulatoires conduit à leur sous-utilisation. Il s'ensuit un gaspillage de ressources dû au surpeuplement des hôpitaux par des malades dont on s'occuperait mieux ailleurs, au sein de la communauté.

La technologie a entraîné une multiplication des interventions cliniques mais la disponibilité de celles-ci n'en demeure pas moins limitée du fait de leur efficacité ou des ressources qu'elles nécessitent.

4. Avec les progrès de la technologie et le développement des structures sociales, un certain nombre d'interventions "électives" (cataracte et chirurgie plastique) peuvent désormais se faire sans hospitalisation, ce qui réduit le coût institutionnel. La mise en oeuvre de ces "centres de santé d'orientation-recours", surtout en milieu urbain, réduira certainement les listes d'attente chez les populations "médicalement insuffisamment desservies". Dans les pays en développement, cependant, la priorité devra toujours être donnée aux situations d'urgence et aux maladies qui menacent la santé (occlusion intestinale, traumatisme, césarienne, etc.) qui exigent une hospitalisation.

Il importe donc en plus haut point de choisir les interventions qui sont raisonnablement possibles dans le contexte épidémiologique et compte tenu des ressources d'une communauté donnée.

La méthode de planification hospitalière qui consiste à prévoir "tant" de lits pour 1000 habitants n'a guère permis de définir les besoins réels en services hospitaliers car elle ne tient pas compte de l'évolution des profils

démographiques, des changements épidémiologiques, ni de l'efficacité des autres dispensateurs de soins dans la communauté. Mais il reste le défi de fournir des soins appropriés et de qualité adéquate à ceux qui en ont réellement besoin.

Une telle tentative d'équilibrer les besoins réels en soins hospitaliers et les services existants compte tenu de la pénurie actuelle de ressources et des impératifs éthiques et politiques constitue en fait une tâche redoutable ! Mais il faut s'y atteler, d'autant que la stagnation ou la récession économique continue de souligner la nécessité d'utiliser au mieux toutes les ressources disponibles et d'éviter absolument tout double emploi ou tout gaspillage dans les services de santé. La meilleure approche consiste donc à envisager l'organisation des services de santé dans le contexte d'unités gérables appelées "systèmes de santé de district".

Au sein de ces unités, les fonctions des hôpitaux sont considérées comme faisant partie des systèmes de santé locaux élargis, définis, organisés ou adaptés de façon à permettre l'utilisation optimale des ressources face aux besoins de santé de la population. L'hôpital est donc la pierre angulaire, et non la cime du système de santé de district, et un lieu fonctionnel dans un système d'orientation-recours à deux voies est indispensable à l'efficacité du système de santé de district.

Aperçu de la situation future

Les ressources resteront limitées. La concurrence, en tant qu'expression des efforts faits par l'homme pour progresser, demeurera une importante caractéristique du comportement individuel et institutionnel. Cette compétitivité n'est pas nécessairement négative à condition de rester dans les limites socio-économiques, éthiques et politiques de la communauté. Un système de services essentiellement basé sur la coopération et l'intégration favorisera largement les interactions dynamiques et des résultats optimaux pour des soins de santé durables.

Dans les pays en développement, en particulier, où les ressources financières nationales proviennent d'impôts dont l'assiette est déjà réduite, la solution d'avenir semble être de renforcer le revenu complémentaire des services de santé. Divers systèmes de partage des coûts sont mis sur pied, notamment pour les services de soins.

Selon des études préliminaires, le gaspillage de ressources serait d'autant plus important que les services fournis sont plus complexes et ce, en raison du volume supérieur des frais généraux et des tâches administratives. La solution réside vraisemblablement dans l'amélioration de la gestion et dans l'ajustement de systèmes initialement conçus dans les pays occidentaux pour les adapter à la situation nationale ou locale. Quant aux hôpitaux existants, il faudrait en revoir la conception ou les adapter afin de les rendre moins dépendants de fournitures coûteuses et chercher d'autres modèles de fonctionnement et de construction, d'autres sources d'énergie et d'autres produits fongibles locaux. Là où le prix du terrain est bas, par exemple, on se passera d'ascenseurs et, le cas échéant, on recueillera l'eau de pluie - peut-être plus fiable que les Travaux publics.

Là où les hôpitaux fonctionnent selon leurs capacités, dans un contexte de collaboration, s'adaptant aux aspirations sanitaires générales de la population qu'ils desservent et les soutenant dans des limites réalistes, ils font preuve de fidélité à l'égard de leur vocation dont l'objet principal est de soulager les souffrances tout en adhérant au principe selon lequel, faute de faire du bien, il faut éviter de nuire servant ainsi les buts universels de la santé pour tous au lieu de les concurrencer et d'y porter atteinte.

2

L'Hôpital dans le contexte du district.

20.1.1971
1000.000.000

I. INTRODUCTION.

Les questions que nous proposons de discuter dans ce séminaire sont les suivantes: quel est le rôle de l'hôpital dans le système de santé de district? Et quelles sont les conditions pour qu'il puisse assumer ce rôle?

Il n'est pas possible de discuter ces questions sans référer à un cadre plus large: de façon plus générale, il nous faudra parler de ce qu'est un système de santé de district. Plus particulièrement, la définition de ce qu'est supposé faire un hôpital soulève la question: son rôle par rapport à quoi? Il nous faudra donc parler du rôle et des tâches d'un centre de santé...

Il est impossible de mener cette discussion sur l'hôpital de façon isolée. Cela signifie que des agents de santé travaillant aux différents échelons dans un système de santé de district doivent participer à la discussion de cette problématique. Autrement dit, ce débat ne concerne pas seulement les professionnels travaillant à l'hôpital, mais tous les professionnels de santé du district.

II. DEFINITIONS PREALABLES:

Il me semble important de définir certains concepts de base afin d'éviter tout malentendu.

1. le Système de santé de district (SSD) est un sous ensemble du système national de santé comprenant le niveau de premier contact et le niveau de premier recours.

C'est en fait **le coeur du système de santé..**

C'est le lieu de rencontre et de synthèse entre d'une part les normes et stratégies définies par le niveau central et d'autre part, l'expérience du personnel de santé et les demandes des populations.

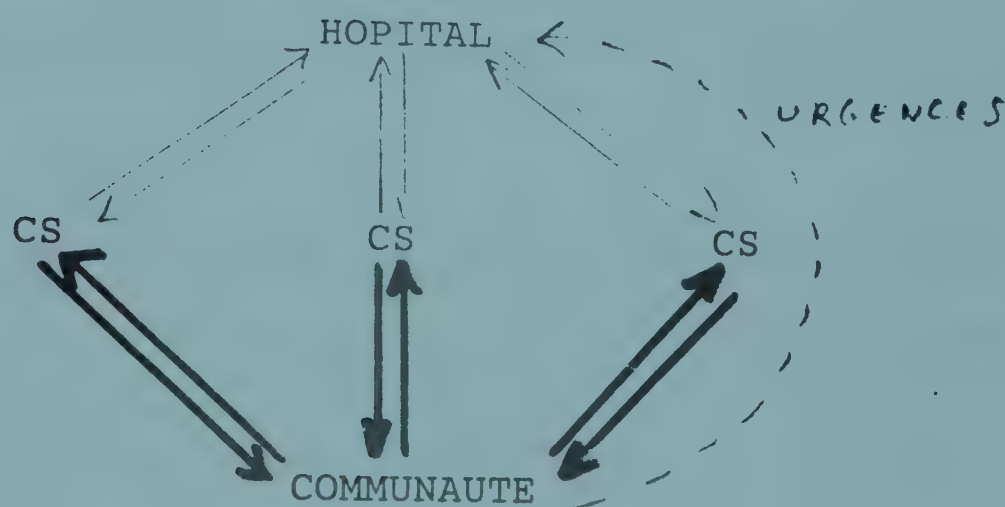
2. Le niveau de premier contact, que nous allons appeller centre de santé dans ce texte, se définit comme la structure de santé où les ressources techniques et la qualification du personnel permettent la prise en charge de la majorité des problèmes de santé d'une population.

3. Le niveau de premier recours, que nous allons appeller hôpital de référence dans ce texte, peut être défini comme le niveau du système de santé chargé de prendre en charge les problèmes de de santé qui lui sont référés par le niveau de premier contact. Ce niveau de premier recours peut lui-même référer à d'autres niveaux: structures de deuxième et de troisième recours.

III. ROLE DU CENTRE DE SANTE.

Le centre de santé est la structure dans le SSD qui se trouve le plus proche des gens, où la technicité est limitée, où le contact avec la population est plus facile et plus intense, où la participation des gens est plus facile à obtenir. Et c'est à ce niveau que sont résolus des problèmes de santé qui nécessitent une approche plus personnelle où le patient est considéré dans sa globalité.

Dans un système de santé de district qui fonctionne correctement, le flux de malades peut être schématisée de la façon suivante:



Dans une telle situation, l'infirmier au centre de santé se trouve confronté à un profil de problèmes fondamentalement différent de celui du médecin au niveau de l'hôpital.

Le centre de santé est une structure plus apte à exécuter un certain nombre de tâches et l'hôpital de son côté est mieux placé pour d'autres tâches.

D'une part, l'éventail de problèmes qui se présente au responsable d'un centre de santé est beaucoup plus large que celui qui se présente à l'hôpital.

Il y a plus de problèmes liés à des facteurs sociaux et psychologiques, plus de problèmes où un changement de comportement ou de style de vie est important (ex. gale, diarrhées etc...). Pour une prise en charge adéquate de ces problèmes, il est indispensable d'avoir des bonnes connaissances sur les antécédents du patient, sur son environnement social, culturel, économique etc...

A priori, ceci est plus facile à réaliser dans une structure sanitaire qui est plus proche des gens. Une telle structure,

de par ses caractéristiques structurelles et de par les qualifications du personnel qui y travaille, est en effet plus apte à un dialogue avec le patient concernant un comportement ou un style de vie particulier.

D'autre part, au niveau du premier échelon, il n'y a pas (ou peu) de sélection antérieure: la prévalence de maladies graves dans la population qui le consulte est plus faible. Par conséquent, la valeur prédictive positive de tests, d'examens et d'investigations techniques est plus basse. Il y aura donc beaucoup plus de résultats faux-positifs qu'à si les mêmes tests étaient appliqués à une population sélectionnée (où la prévalence de maladies graves est plus importante).

À l'hôpital par contre est vue (du moins en principe) une population sélectionnée, et des hypothèses beaucoup plus spécifiques concernant le problème de santé du patient seront formulées. Des examens faits au niveau de cet hôpital entraîneront moins de faux-positifs puisque la prévalence de maladie y sera plus élevée.

Donc:

(1) D'une part, la fonction de "triage" du premier échelon est capitale: le cas échéant, la population de patients qui se présente directement à l'hôpital (avec plus de résultats faux-positifs) risque de se trouver entraînée dans une spirale "technologique" (qui est -toutes proportions gardées- encore limitée dans des PVD mais un problème réel dans les PI). Une médicalisation excessive, une inflation de coûts et finalement un risque réel d'iatrogenicité s'en suivent... Pas seulement l'efficacité, mais également l'efficacité du système de soins est mis en cause.

(2) D'autre part, un service de base polyvalent et décentralisé est important parce que c'est surtout à ce niveau que pourront être résolus des problèmes nécessitant peu de technicité mais une approche basée sur des relations plus personnelles. De plus, et cela est souvent oublié, c'est à ce niveau que des problèmes bénins, à évolution spontanément favorable sont (ou devraient) être correctement identifiés comme tels.

En somme, une réponse plus adéquate (meilleure efficacité) est offerte à un coût moindre (meilleure efficacité).

À chaque niveau du système de santé de district correspond un type bien déterminé de problèmes à prendre en charge: c'est ce que nous appelons la spécificité de chaque échelon.

IV. QUELLES SONT LES TACHES D'UN HOPITAL?

Le centre de santé ne peut prendre en charge tous les problèmes qui se présentent à lui. Près de 10% d'entre eux vont de fait nécessiter une qualification et une technicité non disponibles au centre de santé. Le rôle premier des structures hospitalières sera précisément de prendre en charge ces 10% des morbidités non vulnérables pour le premier niveau.

Pour cela, à l'hôpital sont menées des activités qui, pour des raisons techniques et/ou économiques, ne peuvent pas (et même ne doivent pas!) être décentralisées davantage.

Ex. Chirurgie (la césarienne):

- coût
- compétences du personnel/qualité technique des soins
- charge de travail/qualité technique des soins

Le niveau optimum de ce qui se fait à l'hôpital par rapport à ce qui se fait au centre de santé dépend de chaque situation.

Ex. Analyses microscopiques:

- la présence ou non d'un microscope au niveau du centre de santé dépend des ressources disponibles.

Le niveau de ressources disponibles est une donnée importante dans la définition de cet optimum.

Le plateau technique des soins offerts à l'hôpital peut donc varier d'un endroit à l'autre.

Ceci est acceptable dans la mesure où le système centre de santé-hôpital reste capable d'offrir une réponse adéquate à la majorité des problèmes de santé de la population. Il faudra donc un plateau technique minimum au niveau de l'hôpital: ainsi, à titre d'exemple, on doit pouvoir y faire une césarienne, une transfusion de sang, un examen radiographique etc...

Fondamentalement, l'hôpital doit agir comme institution de "back-up", de soutien, de référence au centre de santé.

Ainsi, la spécificité des deux échelons -càd que chacun fait ce à quoi il est plus apte, et ceci d'une manière complémentaire- est dans l'intérêt des deux mêmes échelons.

Pour que l'hôpital puisse réaliser sa mission correctement et de manière efficiente, il faut que ces ressources soient entièrement consacrées à ces 10% (qui sont très souvent les cas les plus graves et les plus urgents).

De façon plus précise, l'hôpital a un rôle à jouer dans les situations suivantes:

a) dans le domaine des soins curatifs, l'hôpital intervient dans un nombre (relativement limité) de situations importantes (voir schéma en annexe 1).

Par exemple:

- * pour un avis expert
- * pour un examen technique particulier
- * pour une hospitalisation etc...

L'hôpital est responsable pour le patient jusqu'à ce que le centre de santé puisse le reprendre en charge.

Une référence du centre de santé à l'hôpital signifie donc seulement un transfert temporaire de responsabilité.

Il va de soi qu'un tel flux de patients entre les différents échelons nécessite une gestion telle du système de soins qu'il appuie ces références et contre-références. Il est évident également que plus il y a d'échelons dans le SSD plus l'organisation des références-contre références devient difficile. Nous allons en discuter bien plus en détail lors de ce séminaire.

Je me permets de référer à ce stade-ci,

- * à l'importance d'un dialogue et d'une concertation entre les agents de santé oeuvrant aux différents échelons du SSD,
- * à l'importance du système d'information médicale (l'information médicale individuelle devant "voyager" entre les deux échelons);
- * et finalement à l'importance du système de financement (où des barrières internes à ces flux de patients soient aussi limitées que possible...)

- En ce qui concerne les soins préventifs et promotionnels, le rôle de l'hôpital n'est pas de les organiser (ex. Consultation prénatale ou préscolaire) mais bien, d'une part, de profiter de chaque occasion de contact pour mener à bien un programme établi au niveau du centre de santé (ex. identifier des enfants non vaccinés et les conseiller de se faire vacciner au centre de santé). D'autre part, son rôle est de servir de référence à des groupes à risque (ex. femme enceinte à risque).

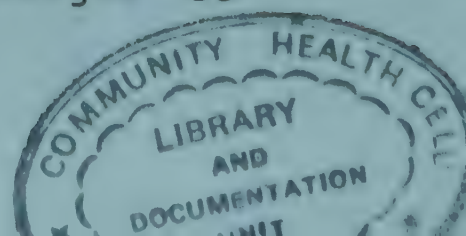
- Finalement, l'hôpital a un rôle à jouer en tant que soutien professionnel pour l'encadrement et la formation des agents travaillant au premier échelon, du moins d'une façon indirecte. En effet, c'est à l'autorité sanitaire du district ou à l'équipe cadre du district d'identifier quel soutien l'hôpital peut offrir. En effet, des sessions de formation organisés au niveau de l'hôpital (ex. en matière de clinique) sont seulement un moyen de formation continue parmi d'autres. Ainsi, ce n'est pas l'hôpital en tant que tel qui est responsable de la supervision des centres de santé (formation continue sur le terrain): c'est la responsabilité de l'équipe cadre du district, dont idéalement le personnel cadre de

l'hôpital fait partie! Et c'est de cette façon que le personnel de l'hôpital participera à ces supervisions (à côté de ses responsabilités hospitalières).

IV. De façon résumée, l'on peut étudier LA REPARTITION DES TACHES ENTRE LES DIFFERENTS ECHELONS DU SSD SELON LES PRINCIPES DIRECTEURS SUIVANTS¹:

1. ce qui n'est pas fait au centre de santé doit être fait à l'hôpital et vice-versa: il ne doit pas y avoir de lacunes dans le système.
2. il faut éviter autant que possible les chevauchements, afin de ne pas se trouver dans des situations de compétition qui nuiraient à l'efficacité des centres de santé comme à celle de l'hôpital.
3. Le malade doit être pris en charge au niveau le plus adéquat du système (ou bien le centre de santé ou bien l'hôpital).

¹ Le rôle de l'hôpital dans le district: dispenser ou soutenir les soins de santé primaires? W. Van Lerberghe et Y. Lafort, Document SHS n°2 OMS/SHS/CC/90.2

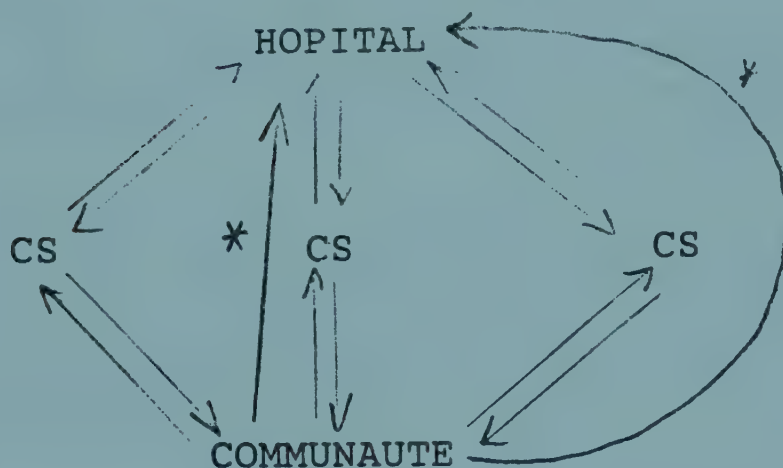


V. QUELS SONT QUELQUES UNS DES PROBLEMES LES PLUS IMPORTANTS QUE L'ON RENCONTRE DANS LA REALITE?

Ils sont d'ordre conceptuel (1 et 2) et d'ordre technique (3).

1. Cumul de fonctions au niveau de l'hôpital.

Idéalement, l'utilisation de l'hôpital devrait se limiter à des malades référés uniquement. Il ne devrait pas y avoir un accès direct à l'hôpital (si ce n'est pour des urgences). Une telle situation est cependant très rare: d'habitude les hôpitaux attirent une foule de gens pour des problèmes qui pourraient être bien mieux résolus dans un centre de santé si celui-ci fonctionne correctement (pas seulement meilleure efficacité, mais aussi meilleure efficacité)



* "COURT-CIRCUITAGE"

Pourquoi cette attirance de l'hôpital?

Les raisons sont multiples. A titre d'exemple, en voici quelques unes:

- attirance due à la technologie de l'hôpital
- pas d'alternative à l'hôpital (pas de centres de santé ou centres de santé pas assez accessibles)
- le niveau de qualité des soins au centre de santé est trop bas (ex. pas de médicaments ou accueil médiocre).

La planification de la couverture en services de premier échelon d'un district a souvent été (et est encore souvent) sujet au biais suivant: un centre de santé est bon pour les populations rurales, éloignées du chef-lieu où se trouve l'hôpital. Pour les population urbaines, l'hôpital fera l'affaire...

Très souvent, un service de premier contact a été mis en place dans l'enceinte de l'hôpital (le "dispensaire" de l'hôpital).

En pratique, ce service a souvent une fonction double:

- d'une part, il fonctionne comme service de premier contact pour la population environnante essentiellement (mais pas exclusivement) au niveau duquel sont offerts des soins curatifs mais parfois aussi des soins de prévention (consultation prénatale, vaccinations etc...)
- d'autre part, il fonctionne comme consultation de triage pour des malades vus et référés par les centres de santé

schéma Annexe 2.

Ce sujet sera également abordé plus largement lors de notre rencontre.

Une telle structure reste, dans ma vision des choses, une mauvaise solution car ambiguë, incohérente et contreproductive.

* ambiguë parce que l'idée sous-jacente est qu'un centre de santé est un pis-aller, quelque chose mis en place à défaut de mieux...

* ambiguë aussi parce qu'une telle structure est vue dans une perspective de "barrière", alors que l'hôpital devrait être un soutien! (en effet, il n'y a pas de "saut" qualitatif entre un centre de santé périphérique et le dispensaire de l'hôpital).

* incohérente parce qu'une telle structure ne répond pas aux conditions structurelles auxquelles doit répondre un centre de santé (la structure du centre de santé devrait être telle qu'elle crée le maximum d'opportunités d'accessibilité dans tous les aspects, psychologiques et culturels autant que

physiques)² .

* contreproductive parce que cette structure ne pourra pas atteindre le potentiel d'un centre de santé (à titre d'exemple, comment va t'on récupérer des malades chroniques? ou encore quelle sera l'efficacité d'une éducation à la santé à un patient dont le background est largement ignoré?)

* contreproductive parce qu'elle constitue une barrière de fait aux références des centres de santé.

Le "dispensaire" de l'hôpital est une illustration de la compétition qu'il peut y avoir entre hôpital et centres de santé... les deux offrant (en partie) les mêmes services à la population.

Il est évident que le centre de santé peut difficilement sortir gagnant de cette compétition, et ceci pour des raisons de prestige, de contrôle des ressources etc...

Cette compétition est telle que d'une part:

- l'hôpital ne peut pas faire ce qu'il est supposé faire. Il y a un engorgement par des cas "bénins", il y a un manque de temps pour les cas qui nécessitent l'attention du personnel hospitalier, avec finalement une démotivation du personnel etc...

-d'autre part, les gens sont finalement moins bien soignés que s'ils avaient consultés un centre de santé qui fonctionne bien.

Il est relativement facile de convaincre le personnel de l'hôpital du premier point (engorgement), c'est moins évident pour le deuxième (soins de moins bonne qualité)...

² Ces conditions structurelles sont les suivantes:

- décentralisation
- une équipe de travailleurs agissant comme un ensemble polyvalent
- intégration de l'équipe dans une communauté bien définie
- permanence
- suffisamment petit (en termes de population à couvrir et en termes de staff)

Un hôpital qui essaie d'être en même temps un centre de santé et un hôpital se trouve pris dans les difficultés suivantes:

- (1) il ne dispense pas de bons soins de santé primaires
- (2) il est handicapé dans son rôle d'orientation- recours-
soutien³
- (3) il mine la crédibilité des centres de santé aux yeux des
utilisateurs
- (4) il démotive et diminue le rôle et la responsabilité du
personnel de santé des centres de santé.

³ Le fait qu'un niveau de référence (un hôpital de district) ne peut fonctionner correctement que s'il s'articule avec un réseau de services de bases fonctionnant de façon satisfaisante n'est pas intégré dans la formation médicale de beaucoup médecins.

2. L'hôpital est géré comme une entité indépendante au sein du SSD.

Dans beaucoup de pays l'on retrouve des structures de gestion spécifiques pour, d'une part l'hôpital, et pour d'autre part le "district" (le réseau périphérique de centres de santé étant entendu ici). Une telle dichotomie est justifiée pour la gestion quotidienne d'affaires courantes concernant l'hôpital ou concernant le réseau de centres de santé: s'il s'agit cependant de prendre des décisions concernant la gestion des ressources, l'identification de priorités, la planification des activités etc... une séparation aussi stricte n'est pas seulement artificielle, elle peut même avoir des conséquences facheuses.

Ainsi, à titre d'exemple, si la gestion des ressources (ex. médicaments) se fait à des niveaux différents - et par des sources différentes - on peut arriver à des situations où il n'y a pas de médicaments au centres de santé mais qu'ils abondent à l'hôpital (ou inversement).

Cette dichotomie est dans beaucoup de situations le reflet de ce qui se passe au niveau central où l'on retrouve cette séparation entre services hospitaliers d'une part et service de médecine communautaire ou service de soins de santé primaires d'autre part.

Les priorités des responsables de ces deux structures ne sont pas nécessairement les mêmes (ex. médecin directeur de l'hôpital et médecin chef de district): des décisions contradictoires sont susceptibles d'être prises, des conflits d'intérêt peuvent même se poser.

La séparation souvent radicale entre activités hospitalières et activités extra-hospitalières au sein du personnel cadre est une incohérence: dans certains cas l'on arrive à des situations où les uns ne quittent jamais l'hôpital et les autres n'y mettent jamais les pieds...

Une des conséquences opérationnelles d'une telle situation peut être que la mise au point du système de référence-contre référence (où la concertation entre agents de l'hôpital et agents du "district" est fondamentale) n'est pas considéré comme une priorité.

Ces réflexions posent le problème d'une équipe cadre à la tête du système de santé de district constituée de personnes animées d'objectifs communs. Nous allons également y revenir dans les jours à venir.

⁴ Cet état de choses est en grande mesure du à la formation classique de beaucoup de médecins - qui reste fortement orientée vers une médecine clinique hospitalière centrée sur une responsabilité vis-à-vis d'individus et pas vis-à-vis d'une communauté.

3. Problèmes d'ordre technique.

Le plateau technique de l'hôpital repose sur trois types de ressources:

- expertise en matière de compétences diagnostiques et thérapeutiques supérieure à ce qui existe au centre de santé.
- possibilité d'hospitaliser les patients: ceci implique des lits et un personnel infirmier ayant un profil différent de celui travaillant dans un centre de santé.
- des ressources techniques (laboratoire, radiographie etc...)

Ce plateau technique offert au niveau de l'hôpital de premier recours n'est parfois pas significativement différent de ce qui est offert au niveau du premier échelon (parfois même inférieur⁵); ou au contraire la technologie de l'hôpital est trop développée alors que les centres de santé sont délaissés ("hospitalo-centrisme").

⁵ Cet état de choses peut se retrouver dans des situations où le renforcement d'un système de santé est centré sur un seul niveau, le centre de santé.

V. QUELLES SONT LES CONDITIONS A REMPLIR POUR QUE L'HOPITAL PUISSE ASSUMER SON ROLE CORRECTEMENT?

Finaleme^{nt}, pour terminer, je voudrais passer en revue les conditions les plus importantes pour que l'hôpital de district puisse jouer son rôle.

Condition technique:

- un plateau technique supérieur (et complémentaire) par rapport à celui disponible au premier échelon

Conditions structurelles:

- l'hôpital, articulé avec un réseau de services de premier échelon, doit être responsable pour une population bien définie
- le système des services de santé de district doit être aussi simple que possible (càd éviter des échelons intermédiaires inutiles)

Conditions d'organisation:

- discriminer de façon positive l'accès à l'hôpital pour des malades référés (cheminement des patients⁶, paiement pour les soins)
- mettre en place un système d'information à l'appui des références et contre-références

Condition de gestion:

- une équipe cadre avec un objectif commun⁷.

Condition institutionnelle:

- une base légale et administrative au district (statut légal).

⁶ Une consultation spéciale pour les malades référés

⁷ Càd la prise en charge de la santé de toute une communauté.

Tableau Eléments et phases du circuit des soins curatifs, et niveau responsable

NIVEAU PREMIER CONTACT

NIVEAU PREMIER RECOURS

Premier contact

Rassemblement des informations cliniques et psychosociales initiales

Choix de la stratégie pour résoudre le problème

→ envoi pour

examens techniques

avis d'expert

intervention technique

examen technique

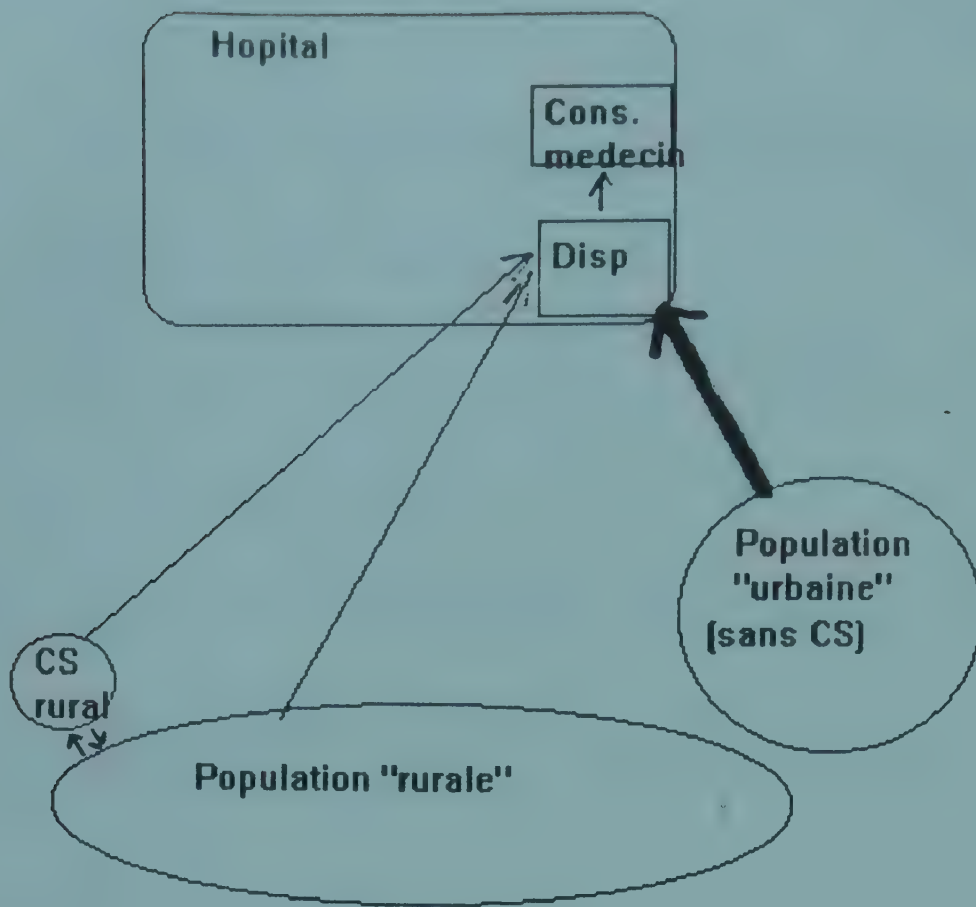
hospitalisation

Analyse et décision sur la stratégie thérapeutique

Mise en oeuvre du plan de traitement et continuité des soins

Surveillance de la guérison et réintégration sociale

Trait plein : circuit normal. Trait pointillé : circuit lorsque le premier niveau ne peut prendre en main la situation



Anure 2

3

Relations entre Autorités centrales et districts sanitaires : droits et obligations

Par Dr. Koyagbè KONE, Chef de la Section des C.H.U- Division de la Médecine Hospitalière au Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales de la Guinée- Conakry

Avant de commencer à traiter ce thème, il convient de préciser les notions d'autorités centrales et de districts sanitaires car celles-ci varient d'un pays à un autre.

En République de Guinée, les autorités centrales sont constituées par l'ensemble des responsables du niveau ministériel à savoir : le ministre, son cabinet, les directeurs nationaux et les chefs de divisions et de sections.

Le district est appelé préfecture et il est composé d'un groupe de villages atteignant une population de 100.000 à 300.00 habitants.

Tableau du découpage administratif :

ENTITES TERRITORIALES	NOMBRE	POPULATION
CAPITALE	1	1.200.000
REGIONS	4	1,2 à 2 MILLIONS
PREFECTURES	36	50 à 286.000
SOUS-PREFECTURES	346	10.000 à 20.000
QUARTIERS	2.000	1.000 à 5.000
VILLAGES/HAMEAUX	4.500	600 à 1.000

L'organisation sanitaire en Guinée est calquée sur l'organisation administrative; il existe ainsi une pyramide sanitaire formée de la base au sommet par les centres de santé , les hôpitaux préfectoraux, les hôpitaux régionaux, et les centres hospitaliers et universitaires (CHU).

Il existe actuellement:

- 346 centres de santé
- 29 hôpitaux préfectoraux
- 4 hôpitaux régionaux
- 2 hôpitaux d'Entreprises
- 2 Centres Hospitaliers Universitaires (C.H.U)

Réseau sanitaire de la Guinée :

Niveau	Structures administratives	Formation sanitaire
Capitale	Inspection Générale de la santé Direction Nationale de la Santé	Centre Hospitalier Universitaire CHU
Régional	Inspection Régionale de la Santé	Hôpital Régional
Préfectoral	Direction Préfectorale de la Santé	Hôpital Préfectoral
Sous-Préfectoral	Equipe du Centre de Santé	Centre de Santé
Quartier	Equipe du Poste médical	Poste de Santé ou P. Médical
Village/ Hameau	Equipe d'Unité villageoise	Unité villageoise de santé

Il faut distinguer, après ces précisions, deux sortes de relations entre les autorités centrales et les districts sanitaires :

1. Les relations existantes

A l'instar de la plupart des pays africains, il existe des relations ultradirigistes entre le niveau central et le district sanitaire (niveau intermédiaire) ; le premier cherche, en plus de son droit à la définition et à l'orientation de la politique sectorielle nationale, à s'impliquer jusque dans

la programmation des activités quotidiennes du second. La conséquence immédiate de cette interférence est que, ainsi soumis à des rôles inadaptés et improvisés, le district sanitaire tombe dans la désorganisation et l'incapacité à répondre aux sollicitations des populations.

Autrement dit, le niveau central passe du statut stratégique à celui d'opérationnel et la généralisation abusive des problèmes par lui conduit à l'impertinence des interventions du niveau district ; ainsi des tarifs sont mal fixés, les besoins en médicaments, en ressources humaines et financières mal déterminés, le mécanisme de la référence devient non fonctionnel et l'évaluation du niveau intermédiaire est impossible.

Les autorités guinéennes tentent actuellement d'enrayer ces phénomènes par la responsabilisation et l'autonomisation du district sanitaire en conformité avec le vaste programme de décentralisation entrepris par le gouvernement, et l'intégration progressive de toutes les activités de santé au niveau du programme élargi de vaccination et soins de santé primaires. A cet effet, le Ministère de la Santé a procédé à l'élaboration et à la mise en oeuvre des éléments de la politique de ce gouvernement qui vise à rendre disponibles et accessibles à toute la population des soins de meilleure qualité possible à un coût abordable.

2. Relations souhaitées

Comme il est souligné dans le scénario de développement sanitaire en trois phases de l'Organisation Mondiale de la Santé, chaque niveau a une place et un rôle bien définis.

Les autorités centrales formulent la politique sectorielle, lui donnent une orientation précise, la font mettre en oeuvre par le niveau opérationnel, la soutiennent et l'évaluent, alors que le district exécute les activités programmées et communique les résultats auxquels il est parvenu.

Le niveau central a alors les droits de :

- contrôler et corriger tout le système de gestion des ressources humaines, financières et matérielles du niveau intermédiaire;
- répartir ces ressources en fonction des nécessités;
- approuver ou annuler toute activité du niveau intermédiaire qui aura été conçue sans son accord;

et les obligations de :

- rechercher tous les moyens nécessaires à la mise en oeuvre de la politique sanitaire particulièrement au niveau district; toutefois, cette participation peut être allégée lorsqu'il existe un système efficient d'autofinancement des services du district sanitaire;
- assurer la formation continue du personnel
- apporter une solution rapide et acceptable à tous conflits constatés au niveau intermédiaire.

Ces droits et obligations supposent la présence au niveau central de responsables suffisamment informés ayant un sens poussé de la délégation en vue de permettre au district de mettre en œuvre la politique sanitaire dans toutes ses composantes (promotion, prévention et soins).

Quant au district sanitaire, il a les droits de :

- solliciter auprès des autorités centrales la création effective d'un environnement politique, social et technique favorable et nécessaire à la réalisation de sa mission;
- adapter les programmes et les activités qui lui sont assignés aux réalités locales tout en conservant les objectifs préalablement fixés;
- gérer effectivement et sans interférence, l'ensemble des ressources humaines, financières et matérielles mises à sa disposition pour l'accomplissement de sa mission;

et les obligations de :

- respecter les priorités fixées par les décideurs du niveau central;
- rendre compte aux autorités centrales de l'ensemble des activités et des résultats obtenus dans la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale;
- se soumettre à l'évaluation par le niveau central et procéder à toutes les corrections possibles.

Pour arriver à ces relations souhaitées, l'une des méthodes couramment utilisées est la Programmation par Objectif (PPO). Elle consiste à permettre au district sanitaire de fixer les objectifs à atteindre dans un délai donné en fonction des ressources disponibles tout en respectant la politique nationale définie.

3. RELATIONS ENTRE L'HOPITAL DE DISTRICT ET LE CENTRE DE SANTE

A part des relations qui existent entre les autorités centrales et districts sanitaires, il existe aussi des relations entre l'hôpital de district et les centres de santé périphériques. L'hôpital de district a pour mission par exemple :

- d'assurer la prise en charge des malades référés des centres de santé ou des hôpitaux communaux ou intercommunaux, des urgences et des consultations externes, d'assurer leur éventuel hébergement, et d'assurer la contre-référence.
- de soutenir les activités des centres de soins de santé primaires en matière de prévention et de promotion de la santé ;
- de contribuer à la supervision des cartes de santé au monitoring.

Il faut alors conclure que la qualité des résultats attendus de part et d'autre, est directement liée à la qualité des relations entre les autorités centrales et les districts sanitaires, et que le respect des droits et obligations par les parties est une condition indispensable de réussite dans la mise en œuvre d'une bonne politique nationale.

4

**SEMINAIRE-ATELIER SUR L'HOPITAL DE DISTRICT :
COMMENT LE FAIRE FONCTIONNER ?**

Yaoundé, 23 au 27 Novembre 1992

**FONCTIONNEMENT D'UN HOPITAL
DE DISTRICT : ETAPES PREPARA-
TOIRES (EXPERIENCES DU CREDESA
DANS LA SOUS-PREFECTURE
DE OUIDAH, AU SUD DU BENIN)**

-=*=-

Par

E. ALIHONOU¹
A. HOUNSA²
S. GBANGBADE³

Edition CREDESA, Pahou

Novembre 1992

1

Directeur du CREDESA

2

Chef de la Division Recherche sur les Services

3

Directeur-Adjoint du CREDESA

INTRODUCTION

Le district sanitaire est une partie ou composante du système national de santé dont le rôle est capital dans les programmes de développement sanitaire, fondés sur la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP).

Mais dans la plupart des pays en voie de développement, l'organisation des districts n'est pas encore satisfaisante. L'une des préoccupations, à l'heure actuelle, se situe au niveau de la conception et de la définition de l'hôpital de district pour qu'il puisse jouer pleinement son rôle, à faible coût, au sein du district sanitaire.

Le présent document expose notre conception de l'hôpital de district et les activités menées par le Centre Régional pour le Développement et la Santé (CREDESA/SSP) avant la mise en fonction de l'hôpital du district de Ouidah au Sud du Bénin prévue pour 1993.

1. GENERALITES SUR LE BENIN ET OUIDAH

1.1. CADRE GEOGRAPHIQUE

Situé au Sud-Est de l'Afrique Occidentale entre les 6ème et 12ème parallèles Nord, le Bénin couvre une superficie de 112.622 km². Il est limité au Sud par l'Océan Atlantique, au Nord par le Niger et le Burkina Faso, à l'Est par le Nigéria et à l'Ouest par le Togo (voir carte annexe 1).

Au Bénin, on distingue au plan administratif six départements. Chaque département est divisé en circonscriptions urbaines ou sous-préfectures, subdivisées à leur tour en plusieurs communes. Les villages et les quartiers de villes, constituent les unités administratives de base du pays.

La circonscription urbaine de Ouidah se trouve au Sud du Bénin dans le Département de l'Atlantique (voir annexe 2). Elle couvre une superficie de 364 km². Elle est située à une quarantaine de kilomètres de Cotonou, la capitale économique du Bénin. En 1987, la population de Ouidah compte environ 70.000 habitants répartis dans les dix communes urbaines et rurales du district de Ouidah (voir tableau 1 page 3).

TABLEAU 1 : Population des communes de Ouidah

COMMUNES	NOMBRE D'HABITANTS
- Commune Urbaine de Ouidah 1	8.434
- Commune Urbaine de Ouidah 2	11.405
- Commune Urbaine de Ouidah 3	7.253
- Commune Urbaine de Ouidah 4	6.530
- Commune Rurale d'Avlékété	5.076
- Commune Rurale de Djègbadji	5.104
- Commune Rurale de Gakpé	5.445
- Commune Rurale de Houakpè-Daho	3.335
- Commune Rurale de Pahou	8.694
- Commune Rurale de Savi	8.143
TOTAL	69.419

SOURCE : INSAE - COTONOU

1.2. SYSTEME NATIONAL DE SANTE

Il convient de rappeler que le Bénin a opté pour la stratégie : Soins de Santé Primaires (SSP). L'un des objectifs de la nouvelle politique de développement sanitaire du pays est d'améliorer l'accessibilité et la disponibilité des services et de réduire les inégalités d'accès aux services prédominantes dans les zones rurales. Aussi, la politique sanitaire prévoit-elle de décentraliser les services jusqu'aux villages. Comme le montre le schéma de l'annexe 1, on y distingue trois niveaux à savoir :

- le niveau central ou national,
- le niveau intermédiaire,
- le niveau périphérique.

1.3. SYSTEME DE SANTE DU DISTRICT DE QUIDAH

Le système de santé du district (ou district sanitaire) au niveau périphérique du système national de santé devrait être constitué de trois structures sanitaires et hospitalières qui sont de bas en haut (voir annexe 3) :

- l'Unité Villageoise de Santé (UVS) ou activités de santé au niveau du village ;
- le Complexe Communal de Santé (CCS) ou centre de santé ;
- et le Centre de Santé de Sous-Préfecture (CSSP) ou le Centre de Santé de la Circonscription Urbaine (CSCU) ou l'hôpital de district.

On devrait, au niveau de l'hôpital de district, trouver des services de médecine, chirurgie, maternité, laboratoire, radiologie, pharmacie, etc... organisés comme une "véritable ployclinique de 100 lits d'hospitalisation";

2. CLARIFICATION SUR LE CONCEPT DE L'HOPITAL DE DISTRICT

L'Hôpital de district est une structure sanitaire couvrant une population de plus de 50.000 habitants, disposant d'au moins 50 lits d'hospitalisation dans laquelle travaille au moins un Médecin ayant à sa disposition des moyens matériels et humains lui permettant de donner des soins de référence d'un niveau technique différent de ceux donnés aux centres de santé. [UNICEF, 1992]

Pour le CREDESA/SSP, l'hôpital de district est une composante du système de santé de district. L'hôpital de district aura une fonction essentiellement curative mais aussi préventive et promotionnelle selon les cas. En outre, il devra développer des liens opérationnels et dynamiques avec le reste du district sanitaire.

3. ETAPES PREPARATOIRES DE LA MISE EN FONCTION DE L'HOPITAL DE DISTRICT

3.1. ETAPE CONCEPTUELLE

L'hôpital de district a été conçu comme une partie du système de santé de district. Le district sanitaire est un tout cohérent qui comprend trois niveaux : village, commune et sous-préfecture.

L'étape conceptuelle s'avère nécessaire pour permettre une définition claire de l'hôpital de district, de sa position et de ses liens avec le reste du système de santé, de district (voir schéma 1).

3.2. ANALYSE DE LA SITUATION DE DEPART : ETUDES DES BESOINS ET DETERMINATION DES RESSOURCES

Deux techniques ont été utilisées :

- l'étude en milieu ;
- l'analyse fonctionnelle.

3.2.1. L'étude du milieu

Cette étude vise surtout à évaluer la situation de base en vue de mettre en oeuvre des activités de façon compatible avec les conditions des populations bénéficiaires. Elle a été menée à l'aide de techniques qualitatives (assemblées de village, etc...).

Mentionnons que les activités des services directs sont :

- d'une part les soins infantiles (curatifs, préventifs et promotionnels) et les soins maternels (curatifs, préventifs et promotionnels) ;
- d'autre part des soins curatifs, préventifs et promotionnels aux autres membres de la communauté (adultes, personnes âgées, etc...)

Les activités des services de soutien sont essentiellement la formation, la gestion ; la participation communautaire, la recherche opérationnelle, la gestion du système d'information, la logistique (médicaments, etc...) l'administration et le management, le système d'orientation/recours (références, supervision, etc...).

Les services de soutien sont indispensables à la mise en oeuvre et à la poursuite des services directs.

La part accordée à chaque type de soins est variable d'un niveau à l'autre. Dans les villages et communes, les soins préventifs et promotionnels sont prépondérants alors qu'au niveau de la sous-préfecture, ce sont les soins curatifs par l'intermédiaire de l'hôpital de district qui prédominent.

Une fois les activités retenues, on a procédé à l'identification des ressources humaines et matérielles. Ici, la détermination s'est opérée aussi par niveau.

3.2.2. L'analyse fonctionnelle

L'analyse fonctionnelle représente une approche globale d'analyse des besoins de communautés et de services existants sur la base de fonctions ; la fonction étant un ensemble homogène d'activités orientées vers l'atteinte des objectifs déterminés.

L'analyse fonctionnelle comporte :

- une enquête ménages ;
- une observation de l'échantillonnage de travail du personnel des activités de santé ;
- une étude des cas de référence et d'accidents de la voie publique.

Au plan de la replication, on pourra avoir recours aux données nationales ou régionales pour exécuter une telle analyse sans passer nécessairement par une recherche trop lourde.

3.3. DETERMINATION DES ACTIVITES/SERVICES ET LES RESSOURCES AFFERENTES

Sur la base de l'analyse fonctionnelle et des données de l'étude du milieu, des activités des services directs et celles des services de soutien ont été retenues pour les villages, les communes et la sous-préfecture. En tenant compte des activités par niveau du système de santé du district, on voudrait que les cas graves qui dépassent les compétences et les ressources disponibles à un niveau donné puissent être pris en charge au niveau immédiatement supérieur. Ainsi, les cas qui dépassent le village pourront être pris en charge au niveau de la commune et à la sous-préfecture.

3.4. DETERMINATION DES ORGANES DE GESTION

Au niveau des villages, la gestion des activités est sous la responsabilité du Comité Villageois de Santé (CVS) appuyant les Agents de Santé Communautaires (ASC). On y retrouve le Comité de Gestion de la Commune (COGEC) émanant du comité de santé au sein duquel on retrouve l'Infirmier-Chef du CCS. Enfin, au niveau de la sous-préfecture, la gestion est sous la responsabilité du Médecin-Chef qui oeuvre avec le comité de coordination du district.

Mentionnons qu'au niveau de l'hôpital, il est prévu un comité de santé qui sera au service du comité de coordination.

Mentionnons que dans la composition de ces organes, on distingue à la fois des professionnels de la santé et des membres de la communauté. Tous les membres doivent être formés à l'exécution de leurs tâches. Par exemple, le Médecin-Chef de Ouidah, outre ses compétences sur le plan technique, doit être formé aux tâches de planification et d'évaluation des services de santé et du système de santé de district.

Enfin, nous avons procédé à la détermination des secteurs connexes au système sanitaire. Il s'agit de :

- l'assainissement et l'hygiène du milieu ;
- l'approvisionnement en eau potable ;
- l'alimentation (agriculture, etc...)
- l'éducation en matière de santé (école, foyer, lieu de travail, etc...).

3.5. ANALYSE DES COÛTS DES PRESTATIONS ET TARIFICATION

Le fonctionnement des services de santé implique des coûts et des charges à imputer tantôt à la communauté, tantôt à l'Etat. L'analyse des coûts a pour but de faire l'inventaire de tous les coûts. Une fois les coûts connus, nous avons procédé à la tarification des prestations de manière à ce qu'elles soient délivrées tout en restant compatibles avec le niveau socio-économique de la communauté. Cette analyse des coûts devra considérer la prise en compte des cas référés, les approches rationnelles d'organisation du sous-système de santé de Ouidah.

3.6. MISE EN PLACE DE L'HOPITAL DE DISTRICT

Pour mettre les services en fonction, nous envisageons avoir recours à l'approche participative et à la rationalisation des services à partir des besoins et de la capacité des communautés.

4. DIFFICULTES RENCONTREES

Outre les problèmes d'infrastructure et du financement du plateau technique des centres de santé, on peut citer aussi les difficultés suivantes :

1. Absence d'une définition claire du rôle de l'hôpital de district par les autorités .
2. Le faire accepter par les autres structures existantes notamment les structures confessionnelles.
3. Les effets de la crise économique.
4. Acceptabilité de l'hôpital de district par des agents de santé formés d'une autre manière.
5. Organisation et obtention de la participation communautaire au niveau de l'hôpital de district et du district sanitaire.
6. Maintien du fonctionnement du système de santé du district à un coût compatible avec le niveau socio-économique des populations bénéficiaires.

En outre, certaines questions se posent encore sur le fonctionnement de l'hôpital de district.

1. Comment éviter que l'hôpital de district organisé ne soit submergé par les populations des régions avoisinantes non organisées ?

2. Comment agir pour que le district sanitaire et l'hôpital de district fonctionnent de manière durable ?

CONCLUSION

Pour garantir le fonctionnement de l'hôpital, il faut au préalable :

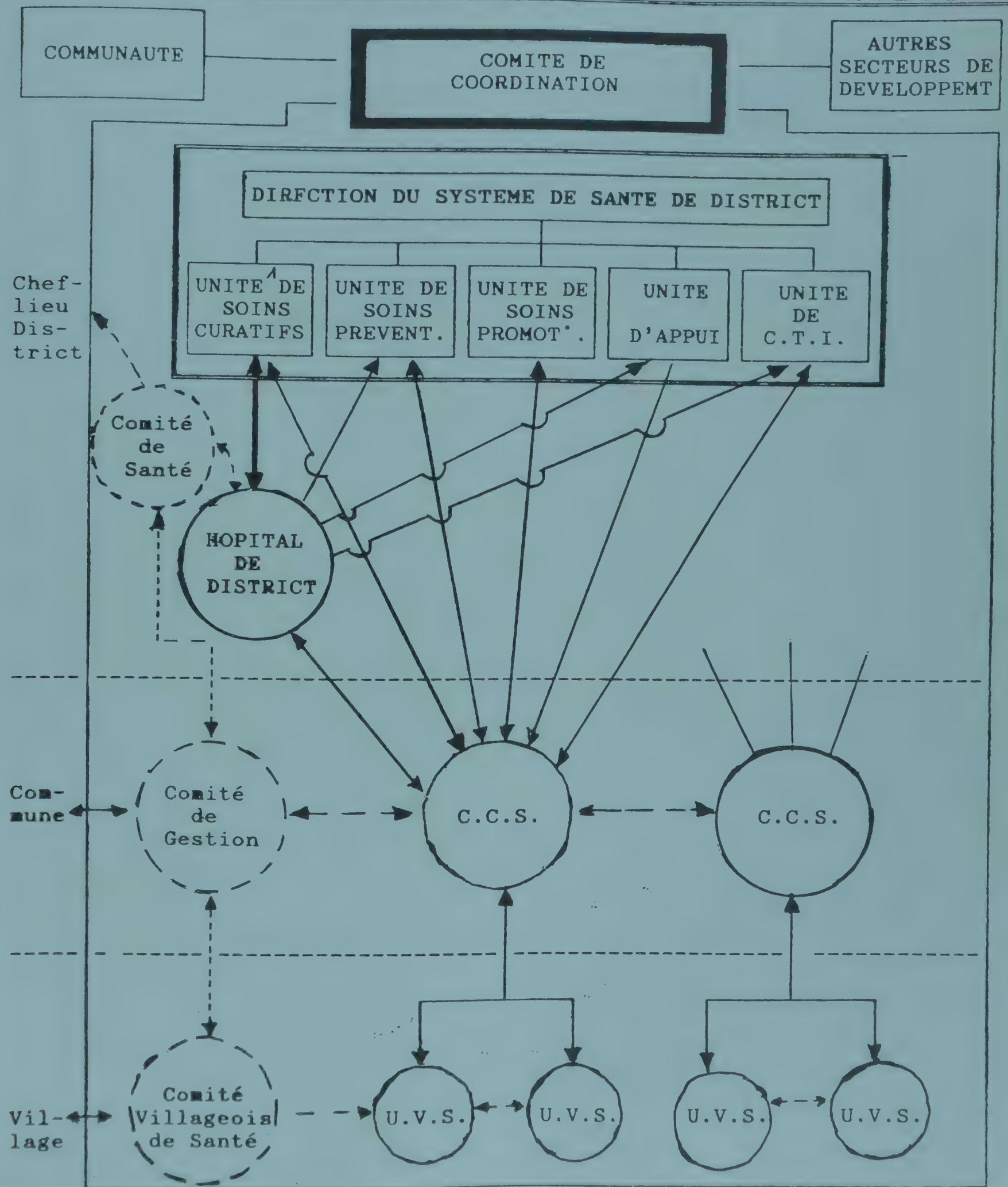
1. Le situer dans l'ensemble du système de santé de district et du système national.
2. Prendre en compte les problèmes de ses liens avec le reste du système et les services concernés.
3. S'assurer des besoins, de la demande des populations et de leur capacité afin d'obtenir un système compatible avec les capacités de l'Etat et des populations.
4. S'assurer du fonctionnement aussi bien des services directs que des services de soutien, ainsi que le fonctionnement et la gestion du système d'orientation /recours et des liens avec le niveau supérieur.
5. Envisager et mettre en place des mécanismes de rationalisation du système et des prestations (éviter les surdimentions etc...).
6. Entourer et maintenir ce dialogue constamment avec la communauté à tous les niveaux du système.
7. Planifier et mettre en oeuvre les 3 niveaux périphériques comme un ensemble cohérent avec les mêmes principes ci-dessus mentionnés.

ANNEXE 1:
SYSTEME NATIONAL DE SANTE AU BENIN

NIVEAUX		INSTITUTIONS	STRUCTURES HOSPITALIERES ET SANITAIRES	SPECIALITES
CENTRAL		MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE (M.S.P)	Centre national Hospitalier et Universitaire	- Médecine - Pédiatrie - Chirurgie - Gynéco-obs - Radiologie - Laboratoire - O.R.L., OPH - Autres spécialités
INTERMEDIAIRE OU DEPARTEMENTAL		DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA SANTE (DDS)	CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL	- Médecine - Pédiatrie - Chirurgie - Radiologie - Laboratoire - Gynéco-obs - Autres spécialités
PERIPHERIQUE	Chef lieu de sous-préfecture ou de circonscription urbaine	Centre de santé de sous-préfecture ou de circonscription urbaine (CSSP/CSCU)	Centre de santé de sous-préfecture ou de Circonscription urbaine (CSSP/CSCU)	- Médecine - Chirurgie - Maternité - Laboratoire - Radiologie - Pharmacie
	Chef lieu de commune	Complexe Communal de santé (C.C.S)	Complexe Communal de Santé (C.C.S)	- Dispensaire - Maternité - Pharmacie
	Village ou quartier de ville	Unité villageoise de santé (U.V.S)	Unité villageoise de santé (U.V.S)	- Soins - Accouchements - Caisse de pharmacie

SOURCE : MSP : STATISTIQUES SANITAIRES - ANNÉE 1990

ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE DE DISTRICT



1 = UNITE DE MANAGEMENT

5

EQUIPE CADRE

Dr. A. FOSSA .

NB Souci de me situer où les choses se font à la base,
là où on réalise la prise en charge des problèmes
de santé des individus et des communautés

1. QUI ?

- Le personnel qui, ayant le souci de construire un système de santé utile à une population définie, partage les mêmes objectifs et la même méthodologie.
- C'est l'organe technique de gestion.
- L'équipe cadre réunit des professionnels ayant une technicité différente entre eux.

1.1. Système et sous-systèmes

On appelle système un ensemble de structures, activités, personnels qui ont le même objectif spécifique.

En effet, chaque système est un sous-système du système social.

Cela est important, parce que le personnel de santé croit que la santé est la priorité absolue pour les gens, or que les malades ne se font pas soigner quand il y a à travailler aux champs, s'enfuient de l'hôpital sans terminer les soins prévus.

Transparent 1 : le système santé n'est qu'un sous-système du système social. Chaque sous-système se coordonne avec les autres et constitue une porte d'entrée au développement constitue une porte d'entrée au développement communautaire.

Transparent 2 Dans le cas du pont à réparer, le médecin peut donner à la communauté des raisons techniques en appui pour justifier, du point de vue santé la nécessité de la réparation du pont par les travaux publics.

L'équipe cadre du district est donc constituée par des agents de santé.

1.2. Deux extrêmes : intérêt technique et représentativité

Transparent 3 : Les deux forces sont toujours présentes mais, dans une approche fonctionnelle, est plus forte l'intérêt technique, tandis que dans une approche institutionnelle est plus fort, la représentativité.

Le dynamisme de l'Equipe Cadre (dialogue, compromis, recherche, relations informelles, ...) peut faire en sorte que les différents intérêts puissent se chevaucher en partie.

Transparent 4 : Le médecin directeur de l'hôpital (institution forte) ne s'intéresse pas au CS - mais il est intéressé à dégager un certain nombre de lits (taux d'occupation supérieur à 100%). Il peut accepter volontier que le diagnostic et le traitement de la tuberculose soient délégués aux CS.

De cette manière, il déplace un petit peu son intérêt exclusif pour l'hôpital envers le système santé.

Souvent, les chevauchements entre l'intérêt technique et l'intérêt institutionnel se font en fonction d'améliorer le domaine de sa propre technicité.

2. POURQUOI ?

La construction de l'EC est un dynamisme perpétuel, continu, avec des différents degrés d'intensité dans le temps.

Transparent 5 : Les 5 composantes nécessaires à la construction du système sont toujours présentes, mais la construction de l'EC est une condition préalable pour le démarrage et le redémarrage du système.

Au temps 0 l'intensité de l'Equipe Cadre n'est pas égal à 0 car il y a toujours quelqu'un plus sensible des autres et qui constitue le noyau qui, "en explosant", révèle les ressources endogènes, jusques là cachées, mosquées, sous-estimées.

Il n'y a pas de recettes à appliquer, car l'EC est le moteur de la réponse locale (district) aux problèmes de santé locaux. Versus application d'instructions administratives émanant de la capitale.

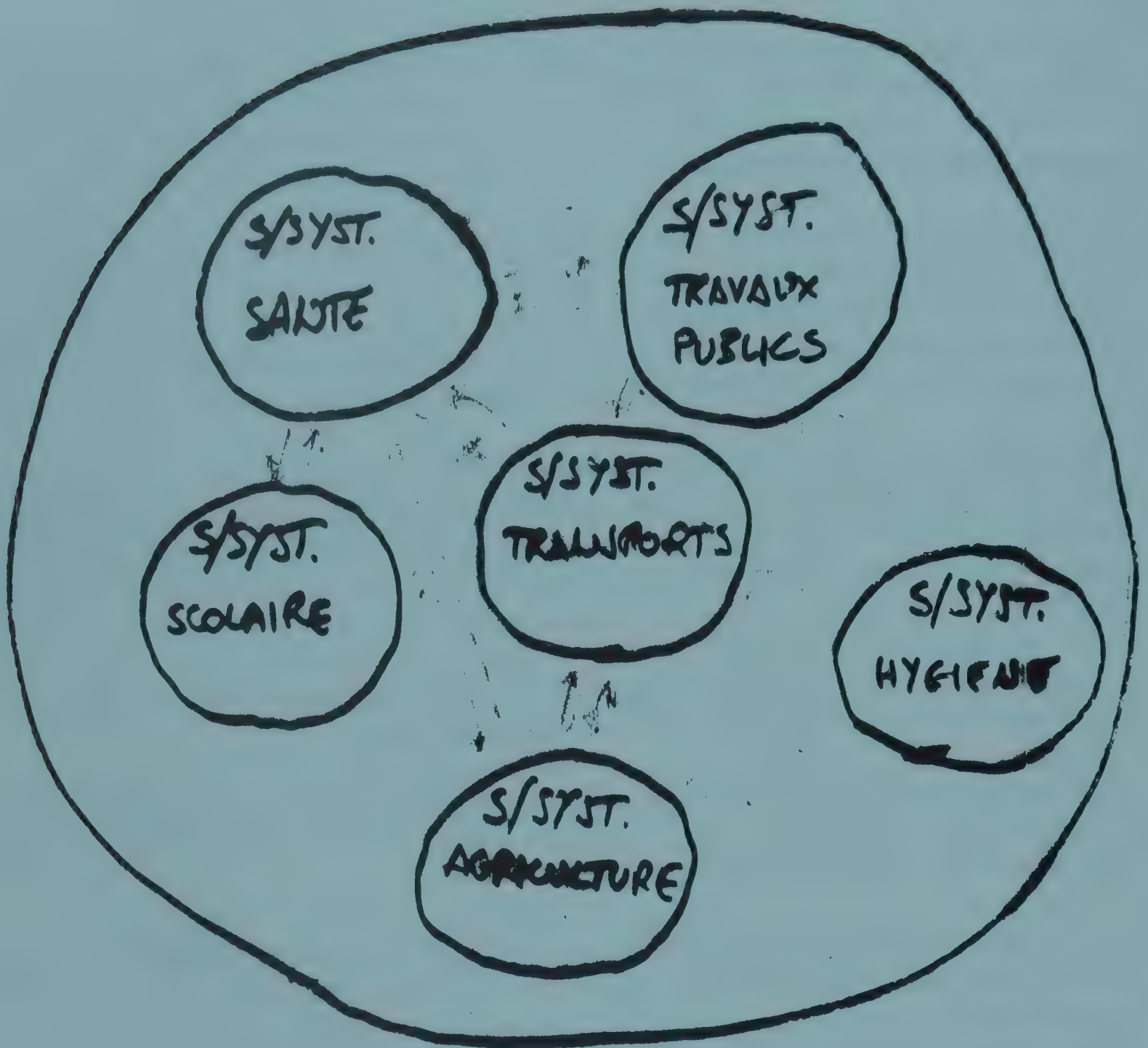
Les résultats mesurables à court terme sont souvent des faux résultats (au Paraguay, couverture de la population 95% , par des infirmiers de l'État qui n'étaient pas dans des conditions de travailler : pas de médicaments, pas de supervision, pas assez de population en charge, beaucoup de pharmacies privées ... d'où : couverture sanitaire = présence des agents de santé de l'Etat jusque dans les coins les plus reculés).

3. COMMENT ?

- La vie quotidienne de l'EC est un processus complexe. La tentative de réduire la complexité, du fait qu'elle refoule un certain nombre de facteurs de la réalité, est une opération qui peut conduire à une EC qui ne s'applique plus sur la réalité réelle, plutôt sur la réalité telle qu'elle est perçue par qui a plus de pouvoir.

- On a dit "Objectifs Communs", il n'est pas toujours nécessaire que les objectifs communs soient explicités. Il est beaucoup plus intéressant de faire une partie de chemin ensemble (dialogue non verbal) et de se reconnaître avec des objectifs qui sont devenus communs.
- Nous les médecins avons une attitude souvent individualiste par formation (relation médecin-patient). Ecouter, céder du pouvoir, partager l'intérêt d'un autre c'est un travail à faire sur soi-même pour apprendre à travailler en équipe sur des objectifs plus amples que les habituels.
- Qui dirige ? C'est le moindre des problèmes dans l'approche fonctionnelle : on se met d'accord sur celui qui sait mieux gérer le travail en groupe, sur celui qui entretient des meilleures relations humaines. ... comme on peut décider de faire le tour de rôle. Dans l'approche institutionnelle, où la représentativité est un critère très important, la direction, au contraire, constitue un problème majeur.
- Des conflits surgissent. C'est 'physiologique' car chacun croit prendre la bonne décision. Si la décision n'est qu'une hypothèse (à vérifier, empirique, à changer par définition), il est plus facile de gérer les conflits, car souvent une hypothèse vaut l'autre, et rien n'est définitivement compromis si on opte pour l'une plutôt que pour l'autre.
- Il n'existe pas d'EC idéale. C'est un processus continu où l'attitude requise est celle du réalisme et de l'acceptation de la réalité des autres.
- Un outil de croissance de l'Equipe Cadre sont les incidents critiques, à savoir. les problèmes qui surgissent au delà - de toute bonne volonté. C'est un terrain privilégié de recherche pour les membres de l'Equipe Cadre.
- En dernier lieu, il est très intéressant pour chaque membre de l'EC de faire un peu de tout, même en dehors de sa propre technicité spécifique, pour mieux apprendre le contexte où sa technicité se réalise (médecin directeur de l'hôpital qui supervise les CS, médecin directeur du "District" qui fait la consultation des référés à l'hôpital. ...).

SYSTEME

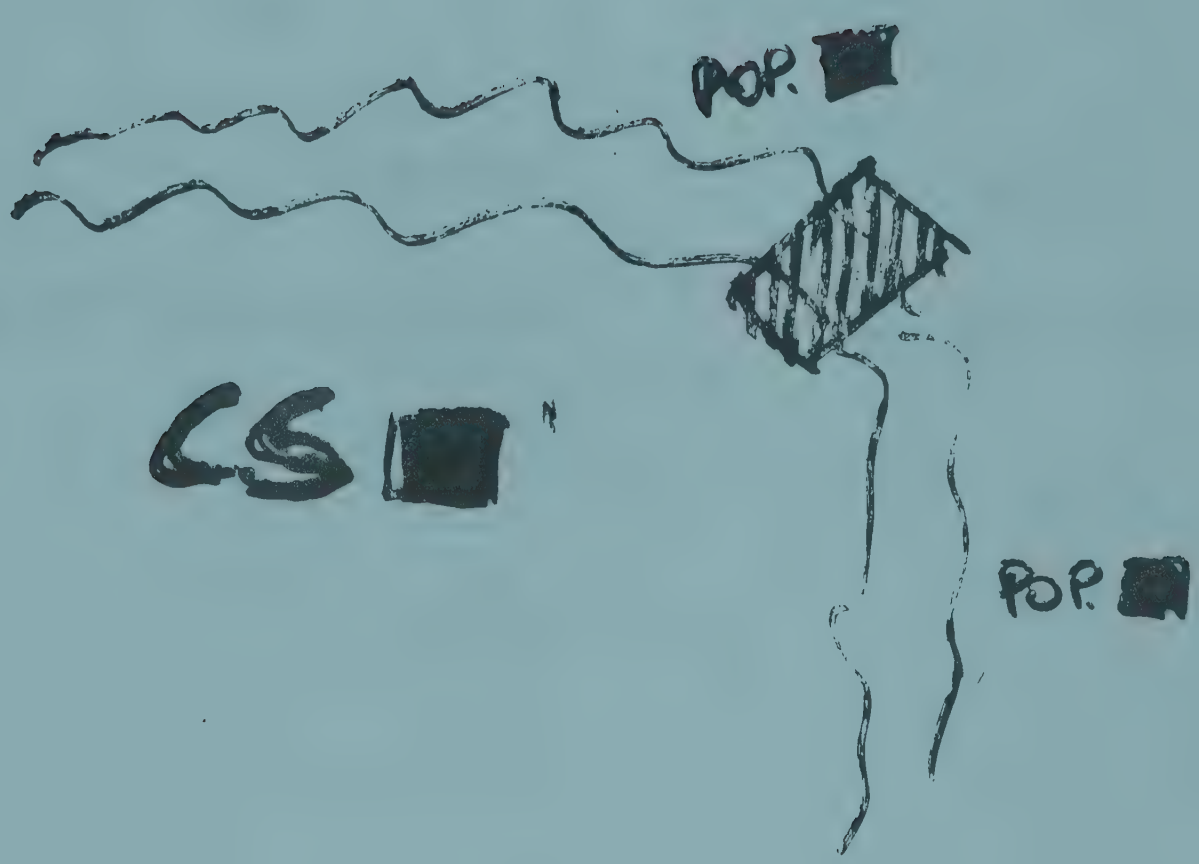


TR. 1

POP ▲

POP ▲

CS ▲



TR. 2

APPROCHE
FONCTIONNELLE



INTERET +++

REPRESENTATIVITE +

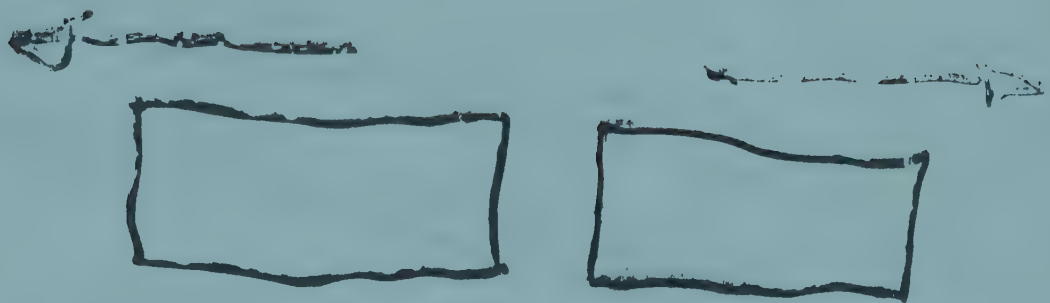
APPROCHE
INSTITUTIONNELLE



INTERET +

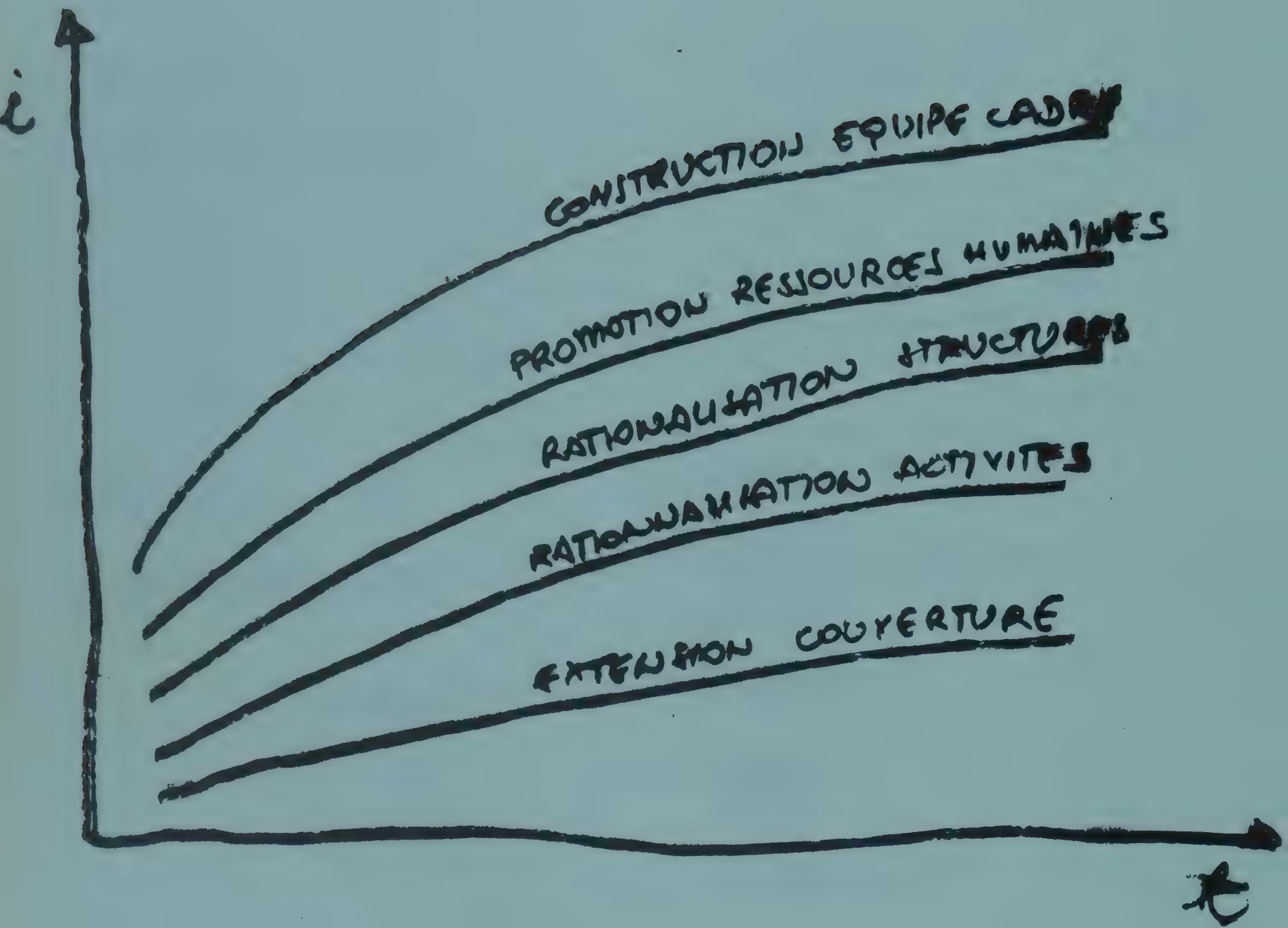
REPRESENTATIVITE +++

TR. 3



DIALOGUE
COMPROMIS
RECHERCHE
RELATIONS INTERMÈDES





TR. 5

6

LES TACHES DE L'HOPITAL

SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES D'AVENIR

EXEMPLE PROSPECTIF DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE DOLISIE.

Par Dr. D. BAKALA.

INTRODUCTION

La tâche est définie comme un " travail déterminé qu'on doit exécuter d'une part et d'autre part comme une conduite commandée par une nécessité. Cette dernière notion revêt le caractère de devoir de mission et de rôle.

Les tâches de l'hôpital régional de Dolisie sont un ensemble d'actes développés par différentes équipes en vue de l'accomplissement des fonctions préalablement définies.

Le CHR de Dolisie a été conçu comme une structure sanitaire équipé d'un plateau technique assez fourni au départ et qui dans le cadre de l'assistance médicale gratuite se devait de fournir des soins secondaires tout au moins gratuits à une population mal définie. La désorganisation du 1er échelon avec la multiplication disparate de structures très souvent surdimensionnées a fait baissé la qualité des soins au 1er niveau et occasionné un repli massif de patients vers l'hôpital à la recherche des soins fussent-ils primaires. De par la présence d'une clientèle prête à tout donner, aidée par un tissu économique se dégradant, l'hôpital a commencé par générer des " spécialistes de cas primaires " donc déviation du rôle originel.

Le développement du réseau périphérique de centres de santé intégrés autofinancés par la population dans le cadre des SSP a vu un tarissement progressif des cas à l'hôpital. Devant ce vide circonstanciel nous avons pensé nécessaire de redéfinir les fonctions de l'hôpital dans le sens de la gestion de la nouvelle situation à savoir un niveau périphérique à soutenir dans la mise en place d'un système de santé de district efficace, efficient et pérennisable.

2 - DYNAMIQUE TEMPORO-SPATIALE DES TACHES DU CENTRE HOSPITALIER DE 1971 à 1992

Le CHR de dolisie a été créé par decret N° 71/33 du 11/2/71 comme établissement hospitalier public jouant le rôle d'hôpital interrégional recevant les malades des regions limitrophes (Kouilou, Bouenza, Lekoumou.)

La construction d'un hôpital général à 1km du CHR sera favorable à un jumelage des deux structures, le CHR fournissant les bâtiments pour les services non couverts par l'hôpital général (Neuro-psychiatrie, service des maladies infectieuses).

Dans la note de service N° 1421/MSAS/CAB du 27 Juillet 1992 il est demandé au CHR de jouer le rôle de centre de référence pour la circonscription socio sanitaire de dolisie, dans le cadre de la mise en oeuvre d'un plan national de développement sanitaire. Ce plan se charge de couvrir le pays en circonscription socio-sanitaires, devant développer la stratégie des SSP.

3 - CE QU'AURONT ETE LES TACHES DU CHR DE FEVRIER 1971 A JUIN 1992

3-1 le cadre conceptuel

Le règlement intérieur redéfini en Novembre 1991, adopté attribue les tâches suivantes au CHR de Dolisie.

- " 1- Assurer les examens de diagnostic.
- 2- Administrer les soins de " premier degré " (traitement et soins d'urgences, consultations de médecine générale...)
- 3- Administrer les soins " spécialisés", (hospitalisations, consultations spécialisées, accouchements ...)
- 4- Concourir aux actions de médecine préventive (Vaccination, éducation sanitaire...)
- 5- Assurer l'encadrement du personnel (encadrement des stagiaires, recyclage des agents...)
- 6- Participer à la recherche médicale et pharmaceutique.
- 7- Assurer la prise en charge des malades référés.

Il ressort donc que l'appui logistique des services hospitaliers, la gestion administrative et financière de l'hôpital sont des tâches intéressant des individus particuliers et ne constitue pas l'intérêt global du personnel.

3-2 Aperçu des output sur le plan opérationnel

CONCEPTS:

INPUT: Il faut comprendre par in INPUT ici, les acte-moyens posés qui concrétisent les tâches retenues. Il s'agit :

- des examens de diagnostic,
- des soins de " 1er degré "
- des soins spécialisés.
- des soins préventifs.
- de l'encadrement du personnel.
- de la recherche médicale et pharmaceutique.
- de la prise en charge des référés du 1er échelon.

OUTPUT: On entend par output ici les résultats quantitatifs

exprimés soit en nombre de patients ayant eu accès à l'acte soit en volume horaire consacré à la réalisation de l'acte. Il faut signaler que les données mêmes quand elles existent reflètent l'état organisationnel actuel de la gestion de l'information dans la plupart des hôpitaux des pays en voie de développement. Faire prévaloir leur absence et/ou leur manque de fiabilité est une introduction au travail de développement de système de santé rationalisé.

Le tableau 1 fait ressortir les résultats obtenus à titre illustratif pour la période 1989- 1991.

INPUT \ OUTPUT	1989	1990	1991
Admissions	9120	nd	7306
Examens de diagnostic	RX Labo	nd nd	nd 21010
Soins de "1er degré"	nd	nd	nd
Soins secondaires (hospitalisations)			
Pédiatrie	1612	948	nd
Chirurgie	1189	1086	-"-
Médecine	1404	473	-"-
SMI	336	326	-"-
Soins spécialisés (ORL Ophtalmo, Stomato.)	14029	417	
Vaccinations (BCG à la naissance)	nd	1252	1542
Accouchements.	3889	nd	4101
Encadrement du personnel	nd	nd	nd
Recherche médicale	partog.	Partog.	Partog.

nd: donnée non disponible.

4- QUELLES TACHES POUR L'HOPITAL A PARTIR DE JUILLET 1992

Un réseau périphérique de centre de santé intégrés est mis en place depuis 1987. Il se développent de façon à fournir à leur population de couverture des soins primaires intégrés continus et globaux à un coût raisonnable avec la participation de cette même population à la gestion de ces centres.

La perspective de développer un système de santé dans une logique mutualiste nécessite d'intégrer l'hôpital pièce manquante du système. Ceci permet de garantir la continuité des soins. De par la masse critique des patients qui est inférieure à celle du 1er niveau et de par le niveau de compétence qui se veut beaucoup plus technique l'hôpital devra appuyer les CSI sur le plan logistique, informationnel, de la formation des cadres et infirmiers des CSI, de la recherche (RA et RO) de l'assurance des soins secondaires, de la délégation de certains soins primaires.

Les tâches issues d'une réorientation du rôle de l'hôpital permettent de couvrir les fonctions cliniques, les fonctions de référence, les fonctions d'appui.

4-1 Les fonctions cliniques

Les tâches suivantes seront à assurer:

- assurer des soins intensifs par le biais d'une unité raisonnable de soins intensifs.
- Développer le service pour les soins pédiatriques secondaires.
- Développer le service pour les soins chirurgicaux d'où la nécessité d'un plateau technique adéquat.
- Développer le service pour les soins de médecine interne.
- Assurer les soins d'ORL, D'ophtalmologie, de stomatologie, de santé mentale.
- Développer un service d'électro radiologie, et un laboratoire devant servir de laboratoire de référence pour les CSI (quality control).
- Promouvoir la prise en charge socio psychologique des malades.

4-2 Les fonctions de référence.

Les tâches pour parvenir à la réalisation de cette fonction sont les suivantes:

- Assurer la prise en charge des patients référés par les CSI de façon prioritaires.
- Développer la contre référence et donc le feedback avec les CSI
- Assurer la référence en temps opportun au niveau tertiaire,
- Assurer la formation des équipes des CSI, de son personnel propre, et aider à l'appui didactique des écoles de formation professionnelles, notamment dans l'élaboration de certains supports didactiques.
- Assurer la supervision régulière et efficace des CSI.
- Développer l'esprit de recherche, et s'impliquer pleinement de facto dans la recherche notamment opérationnelle.

4-3 Les fonctions d'appui.

L'hôpital dans son nouveau rôle aura dans le cadre de l'appui à:

- développer le système informationnel de la circonscription.
- Assurer l'approvisionnement en médicaments essentiels.
- Banaliser le développement des habitudes irrationnelles par
 - * l'utilisation des organogrammes (stratégies de diagnostic et traitement pour les CSI, stratégies de traitement pour l'hôpital.)

* la rationalisation:

- des techniques professionnelles,
- des techniques de laboratoires,
- des techniques chirurgicales,
- des techniques de radiologie
- des techniques obstétricales.
- Assurer la gestion du personnel, en se basant sur un modèle beaucoup plus participatif de gestion (Employee-centred-management) par le biais des:
 - * réunions de direction et de gestion
 - * réunions d'unités fonctionnelles.
 - * réunions médicales (tour des salles, audit médicale,

conférences.)

* organisation de la bibliothèque.

- Assurer la gestion des bâtiments , du mobilier, et des literies.
- Assurer la gestion du matériel medico technique.
- Assurer l'utilisation rationnelle des fournitures de bureau.
- Etablir la budgetisation des services hospitaliers.
- Développer et soutenir un système de financement efficace et acceptable et définir le circuit financier.
- Veiller à l'établissement régulière des différents rapports financiers.
- Soutenir la notion de gestion du temps par :
 - * l'exigence des planning d'activités des services.
 - * la maîtrise des mouvements du personnel.
 - * le flux raisonnable des patients dans les services.

CONCLUSION

Les tâches devolues au centre hospitalier regional de Dolisie en vue de faire de celui ci une structure de référence pour le système de santé dit de 2/3 sont à classer en 4 groupes, qui constituent les grandes fonctions de l'hôpital.

- 1/ La permanence des soins secondaires de qualité optimale.
(fonctions cliniques)
- 2/ la delegation des soins primaires au 1er échelon
(reconnaissance du 1er niveau comme maillon du système)
- 3/ Appui logistique et informationnel (soutien du système)
- 4/ Formation du personnel et la recherche opérationnelle(perennisation du système).

Chaque tâche a néanmoins de façon plus précise une certaine efficacité, une certaine efficience et est plus ou moins pertinente et utile pour aider à l'intégration dans le système à développer.

BIBLIOGRAPHIE

BAKALA D.(1992) Man is "also" guided by self interests, sociological & psychological approach of doctors motivation & PHC strategy at Dolisie district hospital.thesis for the degree of MPH , I.T.M.Anvers Belgium.

PAINE L.H.W. & F SIEMTJAM role de l'hopital au 1er niveau de recours in les hôpitaux et la révolution OMS Genève39-108.

Unger J.P. (1991) Rôle des districts sanitaires & methodologie de leur développement en Afrique.Thèse pour l'obtention du grade d'agréé de l'enseignant supérieur U.L.B. Bruxelles.

VAN LERBERGHE W.? Y. LAFORT (1990) The rôle of the hospital in the district. W.H.O. Division of strenthening of health services.WHO/SHS/CC/90.2

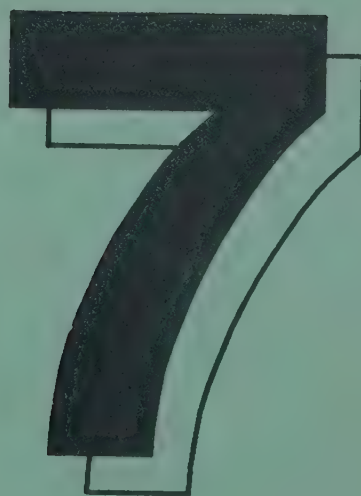
W.H.O. Hospital & PHC (Bulletin AFR/PHA/132).

**Matrice analytique des opérations d'un hôpital de premier recours
(l'hôpital de district)**

activité	efficacité	efficience	évaluation	pertinence et utilité	intégration dans le système
hospitalisation	organisation en unités fonctionnelles	hôtellerie isolée chambres de luxe DMS < 12 TOM = 0,85	audit médical; TOM; DMS; les critères d'évaluation de Kasongo *	3 catégories d'hosp (normal, hôtel, USI) DMS > 3 jours	possibilité de décider de cer- taines hospitalis. à partir des CS
consultation de référence	critères d'évacuation		évaluation des CS (FP, FN)	utile si la prise en charge des urgences chirurgicales existe à l'HD	accès direct aux pour les cas référés
	efficace si labo et RX sont disponibles à l'HD.	% hospitalis. env 30% obstacles à l'accès direct au médecin			
chirurgie	qualité nursing; qualité instruments chirurg; standardisation du postop supervision par chirurgien de l'hôpital régional.	interventions effectuées par généralistes	mortalité opératoire et postopératoire; DMS; incidents critiques	4 interventions abdominales d'ur- gence + traumato fermée	supervision par chirurgien régional
urgences médicales	conduites à tenir standar- disées formation du personnel en réanimation.	refus des cas primaires et développement de la couverture primaire urbaine	mortalité évitable; fréquence des réf- rences au 3ème échelon.	urgences médico- chirurg implique possibilité trans- fusion, traitement des chocs et des insuff respir aigues	disponibilité d'une ambulance au 3ème échelon + communication radio ou téléphone
unité des soins intensifs	unité séparée, organisation du nursing, dossiers adéquats	rotation du person- nel; pas besoin de matériel très sophistiqué	mortalité évitable; audit médical.	regrouper les cas graves pour facili- ter la surveillance et l'intervention rapide	
laboratoire	liste d'examens essentiels; instructions écrites; supervision par médecin.	utilisation de person- nel peu qualifié ou polyvalent. Vitesse d'exécution et de retour des résultats	contrôle de qualité; seconde lecture; enregistrement de da- te du résultat et ori- gine de la demande	aide à la prise de décision clinique	possibilité d'uti- lisation par les praticiens du 1er échelon.
RX	radiographie > scopie	respect des spéci- fications OMS; rationalisation des indications.	reproductibilité intra et extra lecteur	aide à la prise de décision clinique	
centre de récupération nutritionnelle	traitement standardisé des pathologies sous-ja- centes + supplémentation <u>hypercalorique</u> + mise au point avec les mères d'un programme à moyen terme	village case pour héberger la famille utilisation d'aliments locaux quand c'est possible. Réduction de la DMS.	% récupération fréquence des pathologies sous- jacentes	traitement des malnourris graves uniquement. Suivi ultérieur au CS.	recrutement à la CNS, à la CC du CS, à la consult de référence Décentralisation du traitement des maln. légers
maternité	césariennes, symphysio- tomie, versions, ventouses partogramme. Standardi- sation de certains traite- ments (éclampsies p.ex.)	cases d'accueil pour femmes à risque (avant accouche- ment).	analyse de la morta- lité évitable et des références au 3ème échelon; audit; éval des critères de risque	tarification diverse selon le risque et le suivi antérieur de la CPN	choix des critèr. de risque à la CPN en fonction des capacités d' accueil de la maternité

* quantification des critères suivants:

- état général: guéri; amélioré; passage à chronicité; décédé;
- évolution du symptôme dominant: disparu; amélioré; statu quo;
- conditions d'une amélioration des résultats de l'hospitalisation: impossible; possible avec plus de matériel; possible avec plus de compétences; possible avec une meilleure organisation, possible avec une meilleure collaboration des gens; possible avec une combinaison de ces critères.



UN CENTRE DE SANTE AU SEIN DE L'HOPITAL ?

DR. W. HAMMER

Chers collègues,

On m'a donné comme sujet de mon intervention "Un centre de santé au sein de l'hôpital ?"

J'ai suivi avec intérêt la présentation d'hier du Dr Criel et sa définition très logique du rôle de l'hôpital dans le district sanitaire. J'ai cependant pu faire mes propres expériences dans 3 différents districts du Zaïre et j'ai pu faire mes observations personnelles à KASONGO où l'on a appliqué à la lettre cette conception de la complémentarité des 2 niveaux. J'ai appris à cette occasion que l'hôpital de KASONGO était pratiquement inexistant pour l'élite relativement limitée : moins de la moitié de la moitié des malades dans un des meilleurs CS de KASONGO s'y étaient adressés en premier lieu. Autrement dit, plus de la moitié des malades avaient d'abord essayé d'autres possibilités de se soigner, des possibilités souvent plus coûteuses mais perçues comme meilleures. Je suis convaincu que ces faits étaient liés à une application trop rigide du système. Si j'ose proposer une approche plus souple au complexe des soins ambulatoires à l'hôpital, je le fais en visant moins l'application des principes scientifiques qu'une conception conviviale qui peut fonctionner dans cette constellation complexe qu'est la relation entre le service médical et la population.

J'aimerais d'abord jeter un coup d'oeil sur la situation des districts sanitaires en Afrique. A part les districts qui fonctionnent, toujours minoritaires, nous observons les dysfonctionnements suivants : Hôpitaux vides - CS vides. Les causes sont souvent la carence des médicaments, une qualité insuffisante de l'accueil, une perception négative du niveau des soins par la population et une offre plus compétitive par d'autres institutions des soins.

Il y a aussi des hôpitaux surchargés en face de CS sous-utilisés. La cause est en général une perception négative de la qualité des CS par une population qui les courtcircuite pour arriver directement à l'hôpital.

Et nous observons parfois des hôpitaux vides à côté des CS qui fonctionnent correctement. Les causes sont toujours les mêmes, mais cette fois, c'est l'offre de soins de l'hôpital qui est perçue comme insuffisante.

Je suis convaincu que l'organisation des soins ambulatoires à l'hôpital représente la clé de ces problèmes dans beaucoup de cas. Par une bonne organisation de cette activité, nous pouvons remettre en marche des hôpitaux non fonctionnels et décharger des hôpitaux surchargés. Il faut cependant éviter une série de pièges :

Il faut :

- Eviter les fausses alternatives comme l'alternative "curatif - préventif, hôpital- CS ; la vraie alternative est celle entre une conception acceptable et une conception inacceptable et/ou inefficace.
- Eviter les fausses analyses économiques : il est en général illusoire de vouloir prendre en considération les coûts totaux (ex : comparer les coûts totaux des soins ambulatoires à l'hôpital à ceux des soins dans un CS) car notre pouvoir de charger une situation correspond à des coûts marginaux qu'il faut comparer aux bénéfices relatifs. Notons que des soins comparables à l'hôpital et au CS ont des prix comparables, si l'hôpital observe les règles fondamentales de productivité.
- Eviter une conception statique des ressources : une conception sanitaire valable attire et mobilise les ressources nécessaires.

Il faut plutôt :

- Prendre au sérieux la demande de la population et sa perception des services. La conception des demandes non justifiées doit être utilisée avec la plus grande prudence. Elle correspond souvent à une vision unidimensionnelle de la réalité.
- Utiliser les ATOUTS existants (technicité, présence du médecin) pour conquérir le "marché" du district.

Sous cet angle de vue, la stricte séparation des niveaux et la réservation de l'hôpital aux cas référés est au moins problématique. Le schéma montre ce que j'appelle une conception administrative des soins ambulatoires à l'hôpital .

Je propose comme alternative ce que j'appellerai une conception "conviviale" Le malade n'a pas besoin d'être éduqué sur la bonne utilisation du système sanitaire. Il doit, tant que c'est possible, revoir les soins adaptés à son cas, que ces soient des soins du niveau primaire ou du niveau secondaire. Ceci est possible, si l'hôpital possède dans son enceinte un CS qui dispense des soins du premier niveau.

Quels sont les avantages d'un tel CS à l'hôpital ?

On peut d'abord parler :

- d'une crédibilité et conviviabilité du système : le malade se sent accepté et pris au sérieux.
- Il a l'avantage de pouvoir accéder rapidement aux soins du niveau de référence si cela est nécessaire (ou à la consultation payante s'il le souhaite).
- Le "système" utilise l'atout de sa compétence technique pour être concurrentiel (si les CS en périphérie fonctionnent, le CS de l'hôpital ne leur sera pas une concurrence importante, mais il attirera des malades qui autrement avaient soignés hors système) . Il peut ainsi mobiliser des ressources financières.
- Relation infirmier titulaire/médecin est plus étroite qu'en périphérie : l'infirmier peut assister aux références, le médecin peut observer la routine du 1er niveau.
- Ce CS est un lien de formation et de recyclage par excellence et contribue ainsi à assurer la qualité des soins dans tout le district.

Il y a cependant certaines conditions à observer : le CS doit préserver son identité de CS et ne doit pas disparaître dans le service de soins ambulatoires de l'hôpital. Ceci est possible, si l'on

- rend perceptible le passage du 1er au 2ème niveau
- offre des soins intégrés et continus
- insiste sur une connaissance suffisante de la population
- applique une tarification différenciée.

En effet, la consultation curative du premier niveau, exécuté par l'infirmier titulaire du CS, a une double appartenance : elle est intégrée dans le service des soins ambulatoires de l'hôpital et elle appartient au CS intégré à l'hôpital.

Jetons un dernier coup d'oeil sur les prestations du service ambulatoire et leur répartition entre le 1er et le 2ème niveau. On peut distinguer 2 options.

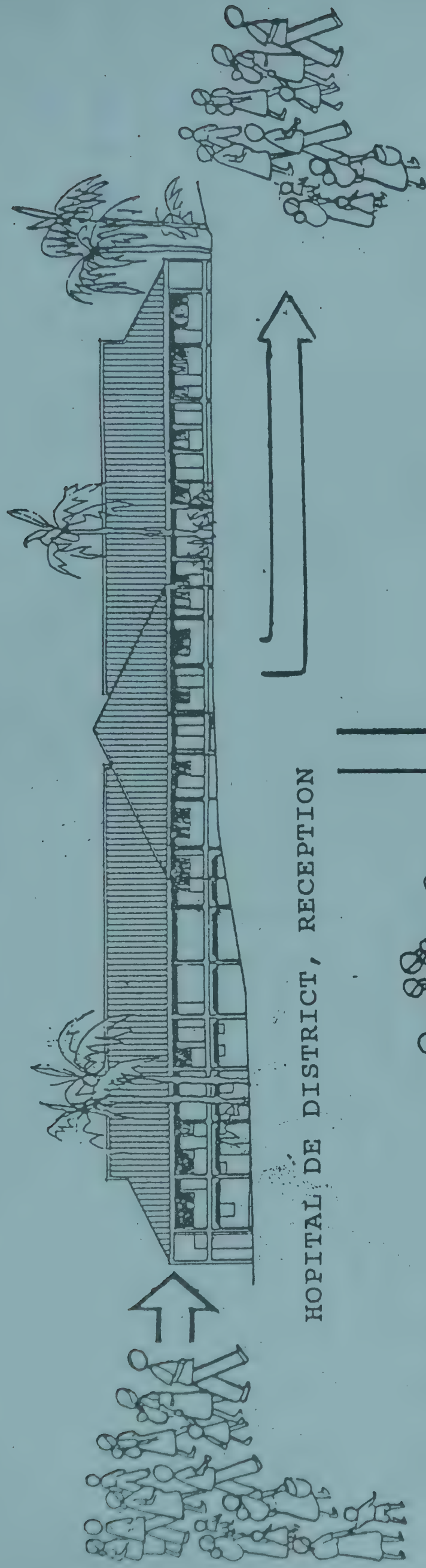
1. Identité totale du CS de l'hôpital avec celui dans la périphérie.

2. Ressemblance avec la périphérie, mais possibilité d'utiliser toutes les possibilités réalistes :

- d'améliorer la compétence du personnel
- d'augmenter les soins
- et ainsi de motiver le personnel

C'est la 2ème option que je propose.

Une conception administrative



HOPITAL DE DISTRICT, RECEPTION

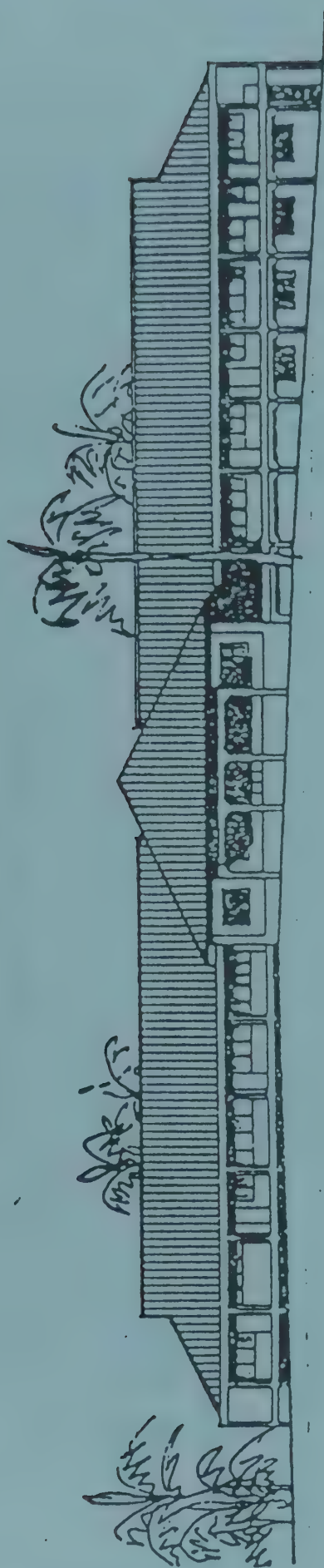
Certains malades sont
reçus et traités.



Certains malades
ne sont pas reçus

mais renvoyés au centre de santé.

Une conception conviviale



L'HOPITAL DE DISTRICT, SERVICE DES SOINS AMBULATOIRES



Tout le monde est reçu et traité.
Tout le monde est finalement référé au CS.

<p>CENTRE DE SANTE</p> <p>activités promotionnelles et préventives</p>	<p>SERVICE DES SOINS ABULATOIRES de l'hôpital</p>
<p>consultation curative et suivi</p>	<p>consultation de référence suivi (niveau hôpital) consultation privée</p>

8

Analyse des problèmes de la référence des malades dans
le district sanitaire de Guéckédou (Rép. de Guinée).

Dr. YANSANÉ, M. LANINE (juin 1991)
(Présenté par Dr. Dörlemann)

RESUME.

Dans la conception des systèmes de santé de district en Guinée les centres de santé et l'hôpital de préfecture doivent rester complémentaires : à chaque niveau existent des spécificités et des responsabilités permettant une meilleure prise en charge des malades au niveau le plus adapté.

Mais dans la réalité il existe des dysfonctionnements car les centres de santé ne réfèrent pas correctement, l'hôpital ne joue pas son rôle de référence et il y a des problèmes pour le transfert des malades.

L'analyse des problèmes de la référence est une méthode permettant dans un district de nous rendre compte du degré de fonctionnement et de complémentarité entre les différents échelons.

L'objectif de ce 3^o T.T.S. est d'analyser les problèmes de la référence et de la contre-référence à travers les données de routine disponibles et de proposer des solutions pour une amélioration du fonctionnement du système de santé de district.

La première partie du travail donne un aperçu général sur le district de Guéckédou qui compte 205.000 habitants, 10 centres de santé et un hôpital de préfecture.

La deuxième partie du travail donne une analyse de la situation à propos des références suivi de formulations d'hypothèses explicatives aux problèmes identifiés au niveau des différents échelons du système de santé de district. Cette analyse est faite à partir des données de routine disponibles dans les formations sanitaires.

La dernière partie du travail aborde les propositions de solutions pour l'amélioration du système de référence, des solutions qui tiennent compte de l'approche globale du problème car il serait illusoire d'obtenir des résultats en situant les solutions à un seul niveau de soins.

I. INTRODUCTION.

Dans un système de santé de district, l'objectif principal de la référence est d'assurer une prise en charge précoce des malades pour des types de soins et de support technique qui pour différentes raisons ne peuvent ou ne doivent pas être décentralisés. Ces raisons peuvent être d'ordre économique technique ou opérationnel.

Un hôpital doit servir comme un soutien et un recours pour les centres de santé à cause d'une certaine concentration des ressources, du personnel qualifié et des techniques non disponibles au niveau du 1er échelon.

La République de Guinée qui a souscrit à la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires en 1978, oriente actuellement sa nouvelle politique de santé sur le modèle de système de santé de district à 2 échelons (un réseau de centres de santé plus un hôpital de préfecture) comme base de développement des soins de santé primaires.

Dans la conception d'un tel système de santé l'utilisation de l'hôpital est réservé aux patients référés des centres de santé. Mais malheureusement cette situation est extrêmement rare car les hôpitaux attirent le plus grand nombre de personnes avec des genres de problèmes qui peuvent être résolus au niveau des centres de santé.

Les raisons évoquées à cela dans plusieurs études (15) sont la puissante fascination et attraction exercées par la technologie de l'hôpital mais aussi le fait que dans beaucoup de situations il n'y a pas d'alternatives réelles à l'hôpital. La qualité des soins aux centres de santé est si basse que les gens préfèrent aller directement à l'hôpital malgré le coût et le temps d'attente. Dans d'autres cas le réseau des centres de santé est encore insuffisant pour couvrir la majorité de la population.

L'analyse de la référence et de la contre-référence permet de déceler ces dysfonctionnements du système de santé de district dans la circulation des malades entre le 1er et le 2e échelon.

Au niveau du district de Guéckédou plusieurs problèmes peuvent évoquer le dysfonctionnement du système de référence :

- Le personnel hospitalier se plaint de recevoir très peu de cas sérieux référés à partir des centres de santé à temps. La plupart des décès chez les référés surviennent dans les 24 à 48 heures suivant leur hospitalisation.
- L'hôpital est débordé de consultations primaires car il est impliqué dans la dispensation des mêmes soins que les centres de santé, ce qui rend le fonctionnement de ces derniers difficile car l'hôpital, au lieu d'être un soutien, rentre en compétition avec eux. Ce manque de spécificité de l'hôpital fait souffrir la qualité des soins au 2e échelon.
- La contre-référence de l'hôpital vers les centres de santé est inexistante.

Tous ces problèmes résultent d'une application insuffisante des responsabilités et fonctions des différents niveaux de soins ainsi que de leur articulation.

L'objectif de cette étude est de faire une description et une analyse de ce dysfonctionnement dans le district sanitaire de Guéckédou à partir des données de routine disponibles afin de formuler les hypothèses explicatives sur les causes et proposer des solutions d'amélioration dans l'objectif d'un système de santé de district intégré.

La structure du texte comprendra :

- la présentation globale de la Préfecture de Guéckédou et de son système de santé;
- l'analyse de la situation et la formulation d'hypothèses explicatives qui schématisent les problèmes au niveau du 1er et du 2ème échelon et de la structure administrative sanitaire;
- les propositions d'amélioration de la référence;
- et la conclusion.

II. PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE.

2.1. Informations générales.

La préfecture de Guéckédou est située dans la région forestière de la République de Guinée et fait frontière avec les Républiques de Sierra Leone et du Liberia à l'ouest et au sud, la Préfecture de Kissidougou au nord et celle de Macenta à l'est.

Elle couvre une superficie de 4157 Km² pour une population de 205.000 habitants répartis entre 10 sous-préfectures. La population est répartie en 84% pour la zone rurale et 16% pour la zone urbaine.

L'activité principale de la population est l'agriculture. On y cultive du café, du riz et de la banane. Le commerce et l'élevage sont également bien développés.

Le taux de natalité est estimé à 48 ‰, le taux de mortalité à 21 ‰, le taux de mortalité infantile à 148 ‰ et le taux brut de scolarisation à 27 %.

Le Produit National Brut (PNB) par tête d'habitant est estimé à 350 dollars (11).

2.2. Le système sanitaire.

Le système sanitaire est calqué sur le découpage administratif de la préfecture. Il est structuré sous forme d'un système de santé de district à 2 échelons : un réseau de 10 centres de santé et un hôpital préfectoral. Les 2 échelons relèvent d'une même direction préfectorale de la santé qui est la structure administrative sanitaire.

- La direction préfectorale de la santé : c'est le bureau de santé publique de district chargé de la planification, de la coordination et de la mise en oeuvre de la politique sanitaire au niveau du district.

Elle est dirigée par un Médecin Directeur avec des connaissances en santé publique.

Le directeur préfectoral de la santé est chargé de la supervision administrative et technique des centres de santé et de l'hôpital.

- L'hôpital préfectoral : c'est un hôpital général de 90 lits comprenant les services de Médecine, Pédiatrie, Maternité, Chirurgie, Laboratoire, Pharmacie et Radiologie.

L'hôpital préfectoral est la seule structure de référence dans le district.

Son personnel est composé de 10 médecins généralistes, 50 infirmiers et 25 personnels d'entretien. Chaque médecin travaille dans une spécialité donnée et il n'y a pas de polyvalence entre les agents.

L'hôpital a commencé le recouvrement des coûts depuis 1988. Les tarifs sont forfaitaires mais n'incluent pas le coût des médicaments.

L'hôpital reçoit des subsides de l'Etat qui servent essentiellement au paiement des salaires du personnel.

- Les centres de santé de sous-préfecture : ils sont au nombre de 10 dont 1 dans chaque sous-préfecture. Ils couvrent en moyenne une population de 15 à 25.000 habitants pour les centres ruraux. Le centre de santé urbain couvre 31.000 habitants. Cette répartition de la population entre les centres de santé est théorique car les malades peuvent se traiter dans n'importe quelle structure de la préfecture sans y être inscrit au préalable.

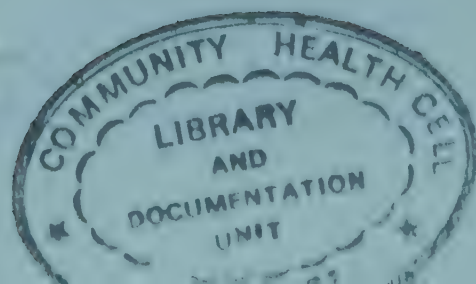
Les centres de santé réalisent un système de recouvrement de coûts basé sur la vente des médicaments essentiels selon des schémas de traitements standardisés. La tarification est nationale. Chaque centre de santé est géré par un comité de gestion et dispose d'une autonomie dans la gestion des recettes selon les lignes budgétaires définies par les Ministères de la Santé et de l'Intérieur. Les salaires du personnel sont payés par l'Etat et la préfecture.

Dans certains villages importants existent des postes médicaux qui sont les extensions des centres de santé pour la fourniture de soins curatifs. Par manque de personnel, de médicaments et d'équipement la plupart de ces infrastructures ne fonctionnent plus.

- Au niveau de la préfecture il faut noter également 4 pharmacies privées et un service de maladies transmissibles (lèpre, TBC, onchocercose) rattachés à la direction préfectorale de la santé.

Les guérisseurs traditionnels, les charlatans, les vendeurs de médicaments au marché et certains personnels de santé retraités exercent également dans la Préfecture. Leur contribution au système de santé formel n'est pas encore étudiée.

05383



III. ANALYSE DE LA SITUATION ET FORMULATION D'HYPOTHESES EXPLICATIVES.

Le problème de la référence est fort complexe car il est conditionné par plusieurs paramètres : sanitaires, économiques et socio-culturels.

Nous tenterons dans ce chapitre de l'analyser de façon globale pour aboutir à des suggestions qui tiennent compte du fait que tout le système de santé de district est affecté.

Certaines données recueillies en routine dans les formations sanitaires seront utilisées dans cette analyse pour formuler des hypothèses explicatives.

3.1. Les problèmes au niveau du 1er échelon.

3.1.1. Le personnel infirmier des centres de santé n'applique pas correctement les critères de référence.

L'infirmier du centre de santé dispose des instructions écrites sous forme d'ordinogramme pour prendre une décision thérapeutique ou de référence mais ces instructions ne sont pas toujours respectées car :

- certains infirmiers n'acceptent pas la référence et gardent délibérément des malades qui devraient être référés en dépit des instructions car ils conçoivent la référence comme une reconnaissance de leur incompétence devant les malades;
- d'autres dans le souci d'accroître les recettes de leur centre de santé gardent le plus de malades possibles à leur niveau;
- dans certains cas les instructions pour la référence ne sont pas suffisamment claires et explicites ou encore la formation du personnel est insuffisante pour leur application;
- le personnel des centres de santé n'est pas motivé pour la référence car il ne reçoit aucune retro-information sur les patients référés à partir de l'hôpital.

3.1.2. Les patients acceptent mal d'être référés à l'hôpital pour les affections dont ils ne perçoivent pas directement la gravité entraînant ainsi un "patient delay".

Les facteurs psychologiques et culturels peuvent expliquer le retard dans le recours aux soins, en particulier à l'hôpital, où la famille ne se résout souvent à amener le patient que lorsque la situation est désespérée (12). La plupart des malades référés des zones rurales meurent dans les heures qui suivent leur hospitalisation. Cette même tendance a été observée dans une étude faite au Tchad. Les raisons évoquées étaient que les parents

amenaient l'enfant trop tard ou que la référence faite par la structure de 1er recours était trop tardive (9).

3.1.3. L'accessibilité géographique des populations aux services de santé de 1er recours est assez faible.

En zone rurale seulement 20% de la population vit à moins de 5 Km d'un centre de santé.

- L'actuel plan de couverture sanitaire suit le découpage administratif avec l'implantation des centres de santé au chef-lieu des sous-préfectures. Ceci représente une contrainte majeure pour certaines localités soit à cause de la position excentrée du centre de santé par rapport à la sous-préfecture ou de sa localisation là où il y a une faible densité de population.
- Dans certains cas l'hôpital est géographiquement plus accessible que les centres de santé et comme il n'y a pas de barrière à l'utilisation directe de la consultation externe de l'hôpital, ces malades s'y rendent directement.
- La longue file d'attente au centre de santé urbain est l'une des raisons évoquées pour expliquer l'utilisation directe de l'hôpital par la population urbaine.

Tableau 1 : Données de la référence des centres de santé de Guéckédou en 1989.

Centres de Santé	Popula- tion	Nouveaux cas	Taux d'uti- lisat.	Référ. demandée par C.S.	Tx. de réf.	Réf. reçue à l'hôp.	% de réf. reçue
C.S. urbain	31.641	12.690	0,4	241	1,9%	188	78%
C.S. ruraux	173.116	24.048	0,13	301	1,2%	93	31%
Total	204.757	36.738	0,18	542	1,47%	281	51,8%

A Guéckédou il y a 1 centre de santé urbain pour 9 centres de santé ruraux. L'accessibilité géographique du centre de santé urbain est assez bonne. Plus de 98% de la population vit dans un rayon de moins de 5 Km contre 20% pour les centres ruraux, ce qui se ressent sur leur taux d'utilisa-
tion des services 0,4 contre 0,13.

La différence dans les taux de référence entre le centre de santé urbain et les centres de santé ruraux est assez minime (1,9% contre 1,2%), ceci peut être dû au fait que la grande partie des consultations externes de l'hôpital est consti-
tuée par la population du centre de santé urbain.

Pour le centre de santé urbain on peut avancer l'hypothèse que les malades qui ont besoin de référence s'autosélection-
nent directement pour l'hôpital ou que le chef du centre de santé urbain qui est médecin utilise des critères de
référence différents de ceux des centres de santé ruraux, ce
qui est un argument en faveur de l'acceptabilité de la

référence du centre de santé urbain (78% contre 31% pour les centres de santé ruraux). Cette différence peut s'expliquer aussi par les facilités d'accès à l'hôpital et à l'absence de problèmes de transport et de nourriture pour les malades du centre de santé urbain.

Il faut noter que même pour les patients du centre de santé urbain 28% des référés "se perdent" entre le centre de santé et l'hôpital pour des raisons qui méritent d'être étudiées.

3.2. Les problèmes au niveau de l'hôpital de référence.

3.2.1. L'hôpital de référence fonctionne comme une structure hybride.

Dans sa conception c'est un hôpital de référence pour les malades de tous les centres de santé du district. Mais en réalité il fonctionne aussi bien comme 1er et 2ème échelon. Son statut est confus pour les utilisateurs.

- Les malades référés des centres de santé ne bénéficient d'aucune priorité. Ils doivent de façon inhabituelle reprendre le même circuit que les malades non référés.
- La consultation externe de l'hôpital est constituée à près de 98% de patients qui court-circuitent les centres de santé amenant ainsi l'hôpital à délivrer des soins qui devraient normalement se faire au 1er échelon, ce qui fait que l'hôpital rentre en compétition avec eux au lieu d'être leur soutien.
- Il n'y a aucune barrière financière ou administrative à l'utilisation directe de l'hôpital.

Tableau 2 : Provenance des malades se présentant aux consultations externes de l'hôpital de Guéckédou en 1989 (consultations primaires et de référence).

Centres de Santé	Nombre	%
C.S. urbain	9.685	72%
C.S. ruraux	3.696	28%
Total	13.381	100%

Le centre de santé urbain détient 72% du total des consultations externes de l'hôpital contre 28% pour les 9 centres de santé ruraux.

L'insuffisance de centres de santé en ville (1 pour 31.000 habitants) pourrait expliquer l'utilisation de l'hôpital comme 1er échelon par les malades du centre de santé urbain. Parmi les 13.381 malades vus à la consultation externe de l'hôpital il y a 282 qui sont référés des centres de santé (2,1%), ce qui montre bien que l'hôpital ne fait que le travail du 1er échelon à la consultation externe.

Dans l'étude menée au Tchad (5) ce taux était de 3,4%. Les raisons évoquées à cela étaient la longue file d'attente au centre de santé, la gratuité de l'hôpital et l'impression de recevoir les meilleurs soins à l'hôpital.

Tableau 3 : Pourcentage de malades référés parmi les hospitalisés en 1989 et 1990 à Guéckédou.

	1989	1990
Total des hospitalisés	739	990
Total des référés parmi les hospitalisés	103 13,9%	142 14,3%

L'analyse de ce tableau nous montre que moins de 15% des malades hospitalisés sont référés. La majorité (85%) s'est auto-référée pour une consultation à l'hôpital qui a aboutit à une hospitalisation.

Il serait intéressant d'analyser toutes ces hospitalisations par zone et par centre de santé pour distinguer :

- ceux qui ont été référés par centre de santé;
- ceux qui ont été vus au centre de santé mais non référés (Faux négatifs);
- ceux qui n'ont pas été vus au centre de santé.

3.2.2. L'éloignement de l'hôpital et la non disponibilité des moyens de transport limitent l'accès à la référence à une partie des patients.

L'accessibilité géographique de l'hôpital est l'un des facteurs les plus importants qui limite la réalisation de la référence.

85% environ de la population vivent en zone rurale, séparés de l'hôpital par des distances allant de 21 à 76 km.

Tableau 4 : Répartition de la population de Guéckédou par Centres de Santé en fonction de la distance par rapport à l'hôpital.

Distance	Centres de Santé	Population	Pop. cumulée et %
0 - 20 km	C.S. urbain	31.641	31.641 15,5%
21 - 30 km	Tekoulo Nongoa Temessadou	23.391 14.617 20.915	90.564 44,2%
31 - 40 km	Guendembou	25.636	116.200 56,75%
51 - 60 km	Koundou Quendé Kénéma	21.565 22.182	159.947 78,11%
61 - 70 km	Fangamadou	17.534	177.481 86,67%
71 - 80 km	Bolodou Kassadou	10.729 16.547	204.757 100%
TOTAL		204.757	204.757

Pour 2 centres de santé (Nongoa et Tekoulo) l'accessibilité géographique est assez bonne car ils sont reliés à l'hôpital par des routes qui sont fréquentées par des véhicules de transport de façon permanente.

Les autres centres de santé ne reçoivent les véhicules en général qu'une fois par semaine (le jour du marché hebdomadaire).

Les routes sont par endroits en très mauvais état. Sur certains tronçons les véhicules font 2 à 3 heures sur des distances de 20 à 30 km.

2 centres de santé (Bolodou et Kassadou) sont presque coupés de l'hôpital préfectoral pendant 3 mois dans l'année (juillet à septembre).

Aucun réseau de communication (téléphone ou radio) ne relie l'hôpital aux centres de santé.

Pour les cas urgents de référence les villageois sont obligés de porter les malades dans des hamacs ou de parcourir plusieurs dizaines de km et d'arriver parfois malheureusement trop tard à l'hôpital.

3.2.3. L'hôpital est financièrement inaccessible pour une grande partie de la population.

Les coûts directs et indirects d'une référence font que certains malades ne peuvent pas accéder à l'hôpital. Une étude récemment menée à Guéckédou (2) auprès de la population sur la sous-utilisation de l'hôpital de référence a identifié comme raison principale le manque d'argent pour le transport et le coût élevé des interventions chirurgicales.

Les coûts d'un séjour à l'hôpital amènent certains malades à mobiliser toute leur épargne, à s'endetter ou à bénéficier de la solidarité de la famille ou de la communauté. Le mode de paiement au 1er échelon n'inclut pas la prise en charge au 2ème échelon, ce qui fait que les malades doivent à nouveau mobiliser de nouvelles ressources pour le transport, la nourriture et les frais d'hospitalisation et de médicaments.

Le coût d'une hospitalisation de 10 jours peut être estimée entre 50 et 100 dollars US (15 à 30 dollars pour le transport, 10 à 20 dollars pour les repas, 5 à 10 dollars pour les frais d'hospitalisation et 20 à 40 dollars pour l'achat des médicaments). Ce qui représente le salaire moyen mensuel d'un travailleur dans la zone. En cas d'intervention chirurgicale ce montant peut être multiplié par 2 ou 3.

Le faible taux d'utilisation des différents services hospitaliers peut illustrer cette inaccessibilité financière.

Tableau 5 : Données hospitalières de Guéckédou 1989-1990.

	1989	1990
Nombre de lits	90	90
Nombre de malades hospitalisés	739	990
Journées d'hospitalisation	6800	7588
Taux d'occupation des lits	20,7%	23,1%
Durée moyenne de séjour	9,2 j.	7,7 j.

Le rendement de l'hospitalisation est assez faible. Les lits sont occupés à 20-23% de leur capacité installée bien que cette capacité soit assez modeste (0,45 lits pour 1000 habitants).

Nous avons un taux d'hospitalisation variant entre 4 et 5 pour 1000 habitants.

En dehors de la médecine traditionnelle il n'existe pas d'autres services alternatifs pour les hospitalisations.

La répartition des malades hospitalisés en rural et urbain nous aurait permis de nuancer nos hypothèses pour l'inaccessibilité géographique ou financière : l'une pouvant conditionner l'autre.

Tableau 6 : Données de la maternité de l'hôpital de référence en 1989 et 1990.

	1989	1990
Total des accouchements	1799	2198
Accouchements dystociques	214	278
Nombre de naissances attendues (pop. 205.000, taux de natalité 48 ‰)	9840	9840
Nombre de césariennes	78	---
% d'accouch.dystoc.à la maternité par rapport aux naissances attendues	2,17%	2,82%
% de césariennes par rapport aux naissances attendues	7 ‰	---

La maternité de l'hôpital est la seule maternité dans la zone urbaine. On y fait en moyenne 5 à 6 accouchements par jour. La plupart de ces patientes proviennent de la ville de Guéckédou pour des accouchements eutociques qui auraient pu se faire en dehors de l'hôpital.

La notion d'accouchement dystocique regroupe dans le système d'information guinéen les accouchements gemellaires, les sièges et autres malpositions, les accouchements prématurés, les complications infectieuses, les déchirures du col et du périnée, les ruptures utérines et autres.

En principe c'est la maternité de l'hôpital qui est la seule équipée pour la prise en charge des dystocies.

Plusieurs études faites à ce sujet donnent des taux de dystocies et césariennes beaucoup plus importants que ceux observés à Guéckédou. Les comparaisons ne sont pas faciles car la définition de dystocie et les indications pour la césarienne varient d'un pays à un autre.

Selon les statistiques rapportées dans l'article du Dr. Wim Van Lerberghe (16) sur quelques publications sur les césariennes, on note par exemple pour les pays africains :

- Soudan 12% de césariennes dont 3,2% pour dystocies (Versin, 1984)
- Ghana 3,4% de césariennes dont 2% pour dystocies (Klufio et al., 1973)
- Nigeria 8,8% de césariennes (Harisson, 1979)

S'il s'agit de césariennes attendues pour dystocies et hémorragies le taux dans la littérature est estimé à 0,7 - 1,35%, ce qui n'est pas très loin de la moyenne observée à Guéckédou. Mais il est très probable que l'éclatement de cette moyenne entre la ville et les zones rurales désavantagerait ces dernières comme on l'a noté pour la consultation curative. Ceci présagerait qu'une proportion non négligeable de femmes enceintes en zone rurale meurent en couche, soit parce que leur dystocie n'a pas été diagnostiquée (par exemple faute de consultations prénatales), soit à cause de l'inaccessibilité géographique et financière de l'hôpital de référence.

Il serait utile au niveau de la maternité de l'hôpital de classer les femmes selon leur provenance.

3.3. Problèmes au niveau du fonctionnement de la structure administrative sanitaire.

La mauvaise circulation des malades entre le 1er et le 2ème échelon peut aussi s'expliquer par le fonctionnement de la structure administrative sanitaire.

Le seul lien qui existe entre les centres de santé et l'hôpital préfectoral réside dans le fait qu'ils dépendent tous les 2 de la même structure sanitaire administrative qui est la direction préfectorale de la santé.

Il n'y a pas de contact direct entre les centres de santé et l'hôpital en ce qui concerne la supervision des centres de santé, les références et les contre-références. D'autre part il manque une équipe cadre de district car le directeur préfectoral de la santé est chargé exclusivement de la supervision des centres de santé et du travail administratif tandis que les autres médecins s'occupent du travail clinique à l'hôpital, ce qui fait qu'il n'y a pas d'intégration opérationnelle réelle au niveau des différentes structures.

IV. PROPOSITIONS D'AMELIORATION DE LA REFERENCE.

Pour l'approche de solutions au problème de la référence il est important de considérer les différents niveaux de soins comme faisant partie d'un même système de santé de district et de faire en sorte que le personnel travaillant à ces différents niveaux, apprenne à se connaître et à se faire mutuellement confiance.

4.1. Créer une équipe cadre de district.

Cette proposition est le préalable à toute organisation du système de santé pour l'amélioration de la référence. La création de l'équipe cadre est en principe possible vu le nombre suffisant de médecins dans la préfecture, ce qui est une condition nécessaire mais non suffisante car il faudrait compter en plus sur leur volonté et engagement à faire partie de cette équipe.

Cette organisation permettra au directeur préfectoral de la santé, écrasé par le poids de la supervision des centres de santé, de consacrer une partie de son temps au travail clinique et aux autres médecins de l'hôpital d'apprendre la supervision des centres de santé.

En plus de la supervision, l'équipe cadre sera chargée de la formation, de la planification, de la recherche et de la coordination entre les différents échelons évitant ainsi toute compétition entre eux.

4.2. Planter de nouveaux centres de santé dans la zone urbaine.

Il est primordial d'ouvrir 2 nouveaux centres de santé dans la ville de Guéckédou (qui compte plus de 31.000 habitants) de façon à ce que les centres de santé puissent absorber toutes les consultations primaires (3/4 des consultations externes de l'hôpital proviennent de la ville de Guéckédou). L'avantage de cette proposition est qu'elle figure déjà dans le plan d'action sanitaire de la préfecture.

Pour les centres de santé ruraux il faudrait envisager, à moyen terme, la réhabilitation de certains postes médicaux de village afin qu'ils puissent délivrer des soins curatifs pour les sous-préfectures à faible accessibilité géographique.

4.3. Aiguillonner l'accès direct des malades à l'hôpital.

Il faut aiguillonner l'accès direct des malades à l'hôpital de façon à ce que l'hôpital se concentre sur son rôle de centre de recours sans se charger des tâches qui peuvent être exécutées par les centres de santé :

- traiter les malades référés par les centres de santé comme des malades prioritaires qui n'ont plus à assumer des coûts et des retards supplémentaires ainsi que des examens inutiles, et les renvoyer à leur centre de santé de départ avec des informations complètes dès que possible;

- instituer une barrière financière en faisant payer une "taxe" aux malades qui se présentent à l'hôpital à leur propre initiative alors qu'ils auraient pu et dû se diriger vers leur centre de santé (8,1).

4.4. Diminuer le coût de l'hospitalisation pour les malades référés.

- Pour rendre l'hospitalisation financièrement accessible aux patients référés on peut faire jouer la solidarité entre les utilisateurs des services de santé en faisant participer dans une certaine mesure les centres de santé au financement de l'hôpital en fonction du nombre de malades référés.
Cette subvention de l'hôpital par les centres de santé permettra à l'hôpital d'instituer un paiement forfaitaire pour les malades référés à un taux beaucoup plus accessible incluant la fourniture des médicaments. Cette solution ne peut être rendue possible que grâce à une concertation entre l'équipe cadre de district et les différents comités de gestion des centres de santé qui bénéficient chacun d'une autonomie dans la gestion des recettes.
- L'utilisation des médicaments essentiels à la place des spécialités et la rationalisation des prescriptions pourront agir également sur le coût de l'hospitalisation.
- Inciter les comités de gestion à instituer un "fonds spécial pour la référence" qui pourra servir à l'évacuation rapide des malades référés afin d'éviter les délais. Chaque comité de gestion pourra en fonction de ses initiatives propres collecter ces fonds et les gérer.

4.5. Instituer un système d'information et de recueil des données qui facilite la gestion des malades référés.

4.5.1. Au centre de santé.

- Noter dans le registre toutes les références demandées.
- Etablir un billet de liaison entre le centre de santé et l'hôpital qui accompagnera tout malade référé. A la fin de l'épisode de maladie ce billet sera retourné au centre de santé par l'intermédiaire du directeur préfectoral de la santé. La réception du feed-back sur les malades envoyés à l'hôpital sera un facteur de motivation pour le personnel des centres de santé.
- Pour une meilleure gestion de l'information il serait souhaitable d'avoir des dossiers familiaux et des fiches de synthèse au niveau des centres de santé (8,7,1).

4.5.2. A l'hôpital.

- Pour les consultations et les hospitalisations il faudrait noter dans les registres l'origine géographique de tous les malades référés.
- Une triple évaluation de tous les cas référés peut être tentée à l'hôpital (3) :
 - * La référence est-elle conforme aux instructions ? La réponse nous permet d'identifier les cas où les stratégies ne sont pas bien appliquées.
 - * La référence était-elle prévue ? Ceci nous permet de savoir quel domaine reste à couvrir par nos instructions.
 - * La référence était-elle utile ? Autrement dit le malade a-t-il été à l'hôpital pour des soins qui ne peuvent pas être prodigués aux centres de santé ? Ceci nous permet d'émettre un jugement sur nos critères de référence.

4.6. Recherche opérationnelle.

Il serait intéressant de faire une recherche opérationnelle au sujet de la référence, par exemple :

- 4.6.1. Confirmer les tendances et les hypothèses qui se dégagent de cette étude afin de mieux adapter nos stratégies.
- 4.6.2. Etudier la sensibilité et la spécificité des critères de référence pour les problèmes les plus importants et qui posent des difficultés au niveau du 1er échelon (faux positifs et faux négatifs).
- 4.6.3. Etudier le profil d'utilisation des différents prestataires de soins (service de santé formel, guérisseurs, dispensaires privés, charlatans, automédication ...).

V. CONCLUSION.

Dans ce travail nous avons discuté les problèmes de la référence au niveau du district sanitaire de Guéckédou. De cette analyse il résulte que le problème affecte les différents échelons du système de santé ainsi que les utilisateurs.

Le sujet est vaste et exige beaucoup plus de recherches. Vu les implications sociales, humaines et financières liées aux problèmes de la référence, de telles recherches nous semblent justifiées.

La recherche de solutions au problème de la référence doit s'intégrer dans le cadre de la recherche de solutions à l'utilisation des services de santé en général. Le point de départ de cette action est l'amélioration de la qualité de prise en charge du patient en général et de l'accueil en particulier. Le comportement du personnel de santé est déterminant à ce niveau.

La complémentarité entre le réseau des centres de santé et l'hôpital du district est l'une des conditions essentielles pour le développement des soins de santé primaires comme le soulignait le Dr. H. Mahler : "Un système de santé basé sur les soins de santé primaires ne peut pas, je le répète, ne peut pas être réalisé, ne peut pas fonctionner et simplement ne peut pas exister sans un réseau d'hôpitaux fonctionnant de la manière dont j'ai essayé de décrire. Mais les hôpitaux doivent changer leur manière de faire" (4).

Il faut donc éviter la guerre des structures et intégrer la spécificité de chaque échelon dans un système de santé de district de façon à ce que les malades puissent être pris en charge au niveau le plus adapté et dans les délais les plus brefs possibles.

Un hôpital ne doit pas être une unité de soins isolés qui se limite à répondre inconditionnellement à la demande de soins curatifs tout en ignorant l'existence et les potentialités du réseau des centres de santé. En effet, un des déterminants cruciaux de la qualité des soins au niveau du 1er échelon est précisément la qualité du dialogue avec le patient et la population plus que le niveau technique. De ce fait les centres de santé sont un lieu privilégié pour instituer un tel dialogue par rapport à l'hôpital.

Le problème de la référence étant multidimensionnel, chacun des acteurs concernés devra fournir des efforts particuliers pour aboutir à des résultats concrets.

L'ouverture des services de santé sur leur environnement est l'une des conditions nécessaires pour favoriser le dialogue avec la population. Ceci permettra une recherche commune de solutions au problème d'utilisation et de financement des services de santé.

Les solutions préconisées dans ce texte ne peuvent avoir d'effets véritables sur le terrain que si le facteur humain est maîtrisé. Toutes les solutions possibles localement doivent être tentées pour motiver le personnel de santé à faire consciencieusement son travail.

9

L'HÔPITAL DE DISTRICT DANS LA RÉFÉRENCE/CONTRE-RÉFÉRENCE : PRIORITÉS DE RECHERCHE

TEXTE PRÉPARÉ PAR JEAN VAN DER VENNET ET BRUNO DUJARDIN

I. Introduction

Le but général du projet de recherche présenté ici est l'amélioration du fonctionnement des districts de santé. La raison plus particulière de le présenter dans ce cadre est que d'une part, il implique tout au long de son déroulement les deux échelons du district et d'autre part il fait place à un travail de réflexion et de recherche en amélioration des services auquel participeront l'ensemble des personnels de santé du district.

Le projet réunit des participants du Congo, du Maroc, du Tchad, d'Allemagne, de Belgique et de Suisse. Les recherches auront lieu dans les trois pays du sud et au nord en Belgique et en Suisse. Il est financé en grande partie par des fonds de la CEE provenant du programme STD-III. Son but est double: il se veut une aide à chacun des pays participants pour améliorer le fonctionnement de ses propres districts, mais par sa répétition dans diverses conditions il cherche à évaluer les conditions d'améliorations du fonctionnement des districts qui puissent être généralisées.

L'approche choisie est la mise en place avec les personnels de santé concernés d'outils techniques reconnus comme améliorant la qualité des soins. Il s'agit entre autres de fiche de référence, de fiches de suivi de problèmes chroniques, du partogramme, etc ...

I.1. Modèle d'analyse

Nous présentons ci-dessous le modèle d'analyse schématique de l'utilisation des services de santé de district qui nous sert de référence pour la conception et la réalisation de l'étude.

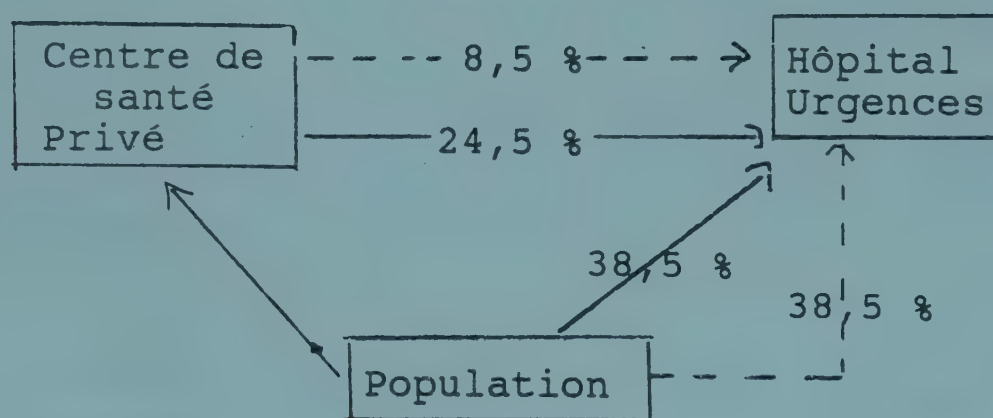


- > : utilisation prévue
- - - - -> : utilisation acceptable
- - - - -> : utilisation inadéquate

Dans ce modèle chaque niveau a un rôle spécifique et est complémentaire de l'autre . Le respect de cette répartition est une condition d'efficacité d'abord et d'efficacité ensuite . La recherche que nous allons mener dans les différents pays s'attache à préciser les rôles de chacun des échelons, de manière pratique et sur base de cas concrets rencontrés par les personnels de santé . Bien que nous n'ayons aucune influence directe sur le comportement des utilisateurs, nous faisons l'hypothèse qu'un service plus cohérent (c'est à dire où le personnel utilise mieux les canaux de référence et est conscient des niveaux différents de prise en charge des problèmes) sera non seulement plus acceptable pour la population mais sera aussi mieux utilisé par elle .

Sur base de ce modèle une première étude a été menée dans trois services d'urgences d'hôpitaux marocains . Le tableau ci-dessous reprend les principales données de l'analyse. Une très importante proportion de l'utilisation inadéquate est due au mauvais fonctionnement de la référence/contre-référence . En outre l'absence de dialogue qui a été mise en évidence par cette étude, a été interprétée comme un facteur ralentissant tant l'émergence du problème que la recherche de solution

Présentation synthétique des résultats d'une étude dans trois services d'urgence marocains .



N.B. a) Le dénominateur est l'ensemble des gens qui ont été vus par les services d'urgences .

b) Parmi les 33% de cas référés par les C.S et les Privés, 51% auraient techniquement pu être pris en charge par le 1er échelon, parmi les 77% d'autoréférés cette proportion atteint 71% . Autrement dit plus des deux tiers des cas (70%) vus au service d'urgence pourraient techniquement être traités au C.S. ou en privé .

II. Organisation du programme

II.1. Objectifs spécifiques

Le programme vise :

-à identifier les conditions optimales à la mise en place d'outils techniques reconnus comme améliorant la référence-contre/référence (partogramme, fiche de suivi de problème chronique, fiche de référence etc), dans les différentes situations des pays de l'étude

-à tester l'impact de l'introduction de ces outils sur la qualité de la prise en charge des patients et sur l'émergence d'un dialogue entre les personnels des échelons du district .

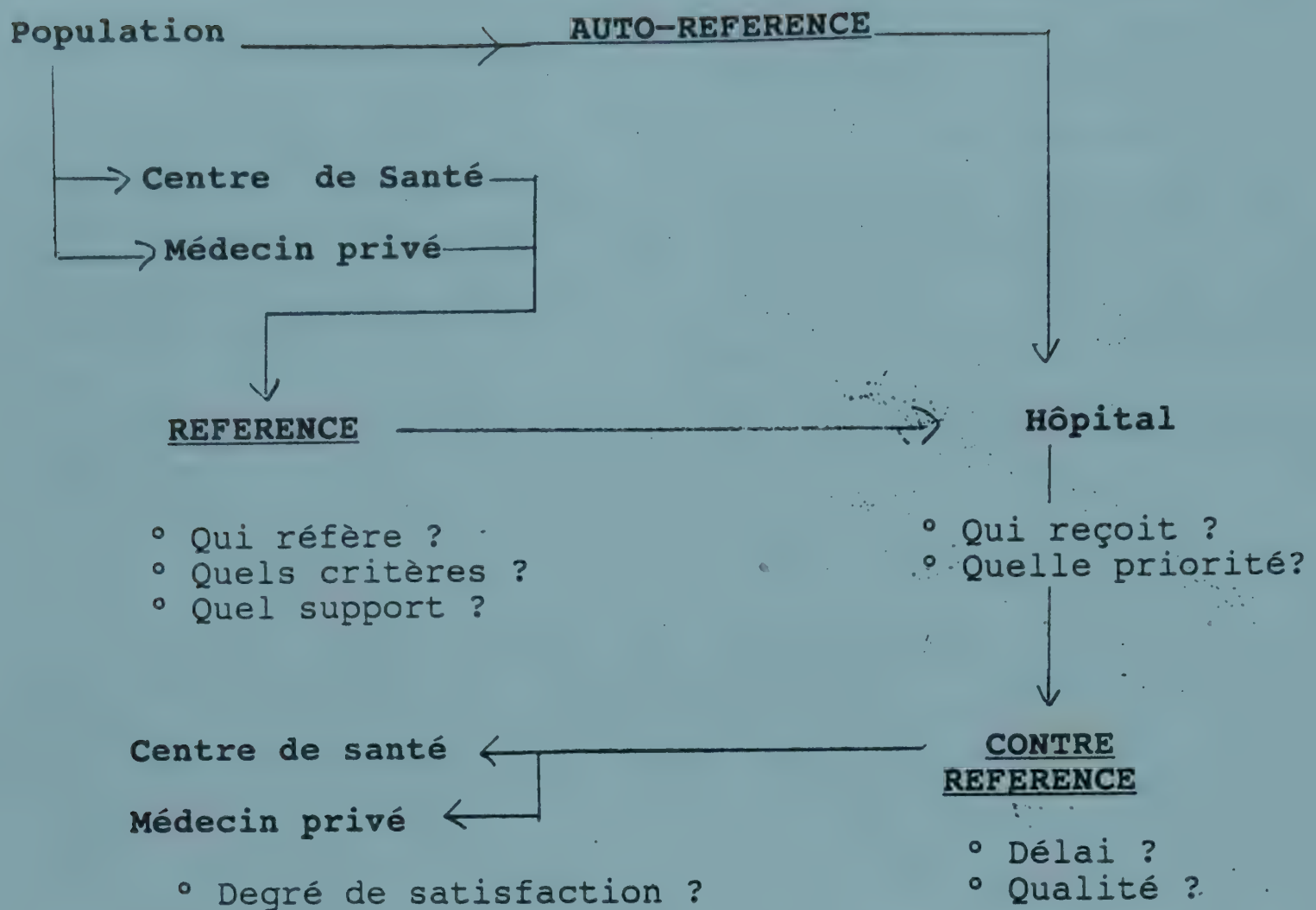
II.2. Méthode

L'esssentiel de la démarche consiste à travailler avec les personnels de santé des deux échelons du district d'abord à l'adaptation au contexte local d'outils de référence, et ensuite à leur mise en place et leur utilisation . Utilisation signifiant ici que ces outils doivent non seulement permettre de préciser la demande lors de la référence et la réponse lors de la contre-référence, mais aussi servir de base au dialogue entre les personnels de santé des deux échelons afin d'améliorer la prise en charge des patients, et la qualité des soins au deux échelons du district .

Le projet vise donc à initier une modification du comportement des personnels de santé et dans une deuxième étape à mesurer ces changements de comportement . Il se base sur la méthodologie de Recherche-Action et sur les sciences sociales pour poursuivre ces objectifs .

La Recherche-Action est une méthode qui s'attache à définir la décision optimale à prendre dans une situation donnée lorsque les implications de cette décision entraîne une forte composante comportementale . Ses résultats sont certes situationnels mais la méthode en elle-même constitue une formation qui permet au personnel de résoudre par la suite d'autres problèmes qui peuvent apparaître . Mais il ne faudrait pas se méprendre : Recherche-Action ne signifie pas absence de chercheurs externes aux services de santé .

A partir de cette option de Recherche-Action, nous avons en tant que chercheurs développé le schéma suivant pour nous aider à synthétiser les relations de référence/contre-référence qui existent de manière générale dans les district de santé .



II.3. Déroulements des activités

La recherche est divisée en trois parties :

- une phase préopérationnelle de six mois destinée à faire l'analyse des situations de départ dans chacune des zones d'études, à uniformiser les méthodes de recherches entre les partenaires, à constituer dans chaque pays les équipes acteurs-chercheurs, à réviser et à adapter avec eux les outils qui seront utilisés et enfin à analyser les comportements des personnels de santé avant le démarrage de l'étude .

- une phase opérationnelle de 24 mois où les outils techniques seront mis en place et les changements étudiés et le dialogue entre les échelons du district initié sur base des informations contenues dans les outils techniques utilisés .

- une phase d'analyse de 6 mois pour tirer les conclusions locales et plus générales de l'étude et préparer les rapports finaux et les publications .

III. En guise de conclusion

La recherche présentée ici est inhabituelle à deux égards : elle concerne l'ensemble du district et en même temps elle concerne le personnel de santé . En général les études proposées concernent la population et un seul échelon du district . En d'autres mots, nous avons pris le parti d'aborder le district en tant que système où l'hôpital a un rôle essentiel à jouer mais qu'il ne peut remplir qu'en collaboration avec le premier échelon . Par ailleurs nous avons pris comme postulat que le système de santé peut lui-même, par une réflexion rigoureuse s'améliorer et devenir plus acceptable pour la population utilisatrice .

Cette recherche s'inscrit aussi dans un processus de choix de la meilleure décision à prendre dans un contexte donné, par là elle montre son caractère étroitement lié à un mode gestion du système de district où la décision à prendre est considérée d'emblée comme une hypothèse et où la recherche consiste à tester cette hypothèse et évaluer et éventuellement à modifier la décision .

La recherche implique potentiellement tout les acteurs du système et non-seulement des chercheurs extérieurs, et elle vise à initier et monitorer des changements de comportement.

C'est aussi un processus continu et qui plus est qui n'exige que peu de ressources extérieures et est donc peu coûteux. Un de ses sous-produits est de sensibiliser les personnels de santé à utiliser ces mêmes méthodes pour résoudre d'autres problèmes d'organisation des soins . Il faut aussi tenir compte de cet impact, bien qu'il soit moins aisément évaluable .

10

QUALITÉ DES SOINS : QU'EST-CE QUE C'EST ?

Dr. D.F. Rakotojoana (Madagascar)

c'est le résultat du concours de plusieurs facteurs déterminant la prestation de soins.

On peut parler de :

- Soins de bonne qualité
- Soins de moyenne qualité
- Soins de mauvaise qualité

Ces facteurs peuvent être :

- ORGANISATION DU SERVICE
- ACCUEIL
- EXAMEN DU MALADE
- PRÉCISION DU DIAGNOSTIC
- DÉCISION THÉRAPEUTIQUE
- EXECUTION DES TRAITEMENTS
- DURÉE D'HOSPITALISATION & TAUX DE GUÉRISON
- SUIVI DU MALADE

1°/ ORGANISATION DU SERVICE

- Répartition des Tâches : Chirurgien, infirmiers, Personnels paramédicaux, administratifs, Servant(e)
- Tour de permanence : la nuit, Week-end, férié
- Sens de discipline

2°/ ACCUEIL

- Cadre : propreté, équipements
Mobiliers (Table, chaise, lit d'hôpital etc...)
- Délai d'attente
- Façon de communiquer :
 - Respect du malade
 - Contact humain
 - Tolérance

3°/ EXAMEN

- Interrogatoire
- Examen physique
- Examen paraclinique : Disponibilité de matériels et produits de laboratoire de Radiologie

4°/ PRECISION DU DIAGNOSTIC

5°/ DÉCISION THERAPEUTIQUE

- Disponibilité en médicaments essentiels et accessoires
- Rationalisation des prescriptions
- Pouvoir d'achat du bénéficiaire
- Orientation des cas

6°/ EXÉCUTION DES TRAITEMENTS

- Disponibilité en personnel
- Compétence du personnel
- Conscience professionnelle
- Motivation du personnel
- Coopération du malade
- Surveillance du malade
- Alimentation du malade

7°/ DURÉE D'HOSPITALISATION ET TAUX DE GUÉRISON

8°/ SUIVI DU MALADE

- Accessibilité physique
- Fiche de liaison avec les centres de Santé
- Éducation du malade

11

Dr. A. ENZANZA.
(CONGO).

PLAN

- Introduction.

I - Définitions des Concepts

II - Rappel des Rôle, Fonctions et Activités de l'Hôpital

III - Structure Organisationnelle

3-1- Structure opérationnelle

3-2- Définition et Description des postes

3-3- Supports de Gestion

3-4- Structure administrative

IV - Cadre réglementaire

V - Formation

VI - Réfection et Equipement des locaux

6-1-Réfections

6-2-Equipement

VII - Structure physique

- Conclusion -

Introduction

L'expérience montre que dans la plupart des pays qui ont opté pour des systèmes de santé fondés sur les Soins de Santé primaires un accent particulier a été mis sur le développement des structures de premier échelon, soit un réseau de centres de Santé intégrés.

On dispose alors un peu partout d'un premier échelon rationalisé. Mais l'ensemble du système de santé de district SSD manque de cohérence : l'hôpital ne jouant pas pleinement son rôle pour des raisons multiples, dont l'inadaptation à la nouvelle politique.

Dès lors pour lui permettre d'assumer son rôle et ses fonctions dans le SSD, un effort de réorganisation et de rationalisation s'impose.

I - Définition des Concepts

L'organisation est une fonction séquentielle commune aux processus de gestion et de management.

L'Organisation se définit différemment selon le contexte.

Elle désigne l'ensemble des éléments structurels d'une institution ou d'un service.

C'est l'ensemble des activités coordonnées qui ont pour objet d'établir la répartition des tâches et de meilleures conditions de travail.

Pour R. Alec MACKENZIE, l'organisation ou fonction d'organisation consiste à déterminer la manière de diviser le travail en éléments suffisamment petits (postes) pour en ramener le contrôle à une dimension humaine, tout en remplissant les postes à pourvoir en vue d'atteindre les objectifs de l'institution.

Enfin l'organisation telle que définie par l'OMS aux réunions du Zimbabwe en décembre 1984 et du Botswana en Avril 1985, signifie le développement d'un cadre (structure) reliant le personnel, les consignes de travail et les ressources les uns aux autres pour faciliter la réalisation des objectifs, et comprenant les activités destinées à l'acquisition et au maintien des ressources nécessaires au fonctionnement de la structure.

Comme on peut le constater à travers toutes ces définitions l'organisation implique une structure, une répartition des tâches et de meilleures conditions de travail.

La rationalité d'une organisation procède de ce que tout est autant que faire se peut explicite et qu'elle permet une utilisation optimale des ressources.

Organiser de manière rationnelle c'est donc ordonner et rattacher les divisions du travail pour atteindre le plus efficacement possible les objectifs.

Les activités qui sous-tendent le processus d'organisation

- 1°)- Enumérer les objectifs généraux ou fonctions de l'institution.
- 2°)- Inventorier les activités(Tâches) à mener
- 3°)- Etablir une structure d'organisation (organigramme)
- 4°)- Préciser les relations reciproques
- 5°)- Définir les postes
- 6°)- Elaborer des descriptions de postes
- 7°)- Définir lesqualifications requises pour chaque poste.

II - Rappel(Rôle, fonctions et activités de l'hôpital)

L'hôpital de district présente les caractéristiques suivantes:

- Il occupe une position déterminée dans le système national de Santé:
- . est reconnu comme assurant les soins 24h /24
- . est doté de moyens de diagnostic, de traitement, de soins en établissement et de réadaptation. Sa compétence technique est supérieure à celle du 1er échelon.
- Il est partie intégrante du SSD.
- Il appuie les SSP
- Il exerce des fonctions d'orientation / recours
- Il exerce des fonctions de formation et recherche
- Il est en relation avec d'autres secteurs
- Il entretient des relations efficaces avec les communautés
- Il participe à la résolution des problèmes .

Les établissements périphériques ou de premier échelon(les CSI et la population ont recours à l'hôpital pour:

- Obtenir l'avis d'un spécialiste

- Procéder à une intervention technique
- Assurer l'hospitalisation.

L'hôpital est alors appelé à assurer les diagnostics, les traitements ambulatoires, les soins en établissement (internes) et notamment:

- . Les soins médicaux et infirmiers
- . Les soins chirurgicaux
- . Les soins obstétricaux
- . Les soins pédiatriques
- . Les soins réadaptatifs.

Ainsi la vocation première de l'hôpital de district est d'assurer la continuité des soins aux malades ou personnes qui ne peuvent être traités / pris en charge ambulairement ou qui requièrent des techniques non disponibles aux établissements du premier échelon.

L'organisation de l'hôpital découle de sa place, son rôle, ses fonctions et tâches dans le système de Santé.

III - Structure organisationnelle

L'hôpital de district, comme toute autre institution (élément du SS) comporte deux structures:

- la structure opérationnelle et
- la structure administrative.

L'hôpital étant un élément à composante technique prépondérante ses deux structures doivent être complètement intégrées.

3-1- Structure opérationnelle

L'organisation opérationnelle de l'hôpital implique sa subdivision en services ou unités.

En tenant compte des fonctions évoquées plus haut l'hôpital

de district comprend généralement les services suivants :

- Sce Accueil, Urgences et consultations de référence
- Sce Gestion des malades
- Surveillance générale
- Sce Administration et Personnel
- Sce gestion économique et financière
- Sce Social
- Sce Médecine générale
- Sce Chirurgie générale
- Sce Maternité et gynécologie
- Sce Pédiatrie
- Sce Maladies infectieuses
- Sce Pharmacie
- Sce Laboratoire
- Sce de radiologie (imagerie diagnostique)
- Sces spécialisés (externes):
 - . Stomatologie
 - . ORL - Ophtalmologie
 - . Banque du sang
 - . Maintenance

3-2- Définition et description des postes

Les activités ou tâches permettent dans chaque service une subdivision en unités ou équipes fonctionnelles, donc de définir des postes.

L'étape suivante consiste à faire la description des postes retenus. Une description de poste comprend:

- Le titre ou Désignation du poste
- Position hiérarchique
- Liaisons fonctionnelles les plus fréquentes
- Moyens d'action

- Normes de rendement
- Profil professionnel
- Emoluments.

Une fois les postes décrits il faudrait élaborer ou sélectionner les supports de gestion.

3-3- Supports de gestion

Il s'agit d'instruments devant faciliter l'exécution des activités, leur suivi et leur évaluation dans la structure.

Les principaux supports utilisés dans un hôpital de district sont:

- La fiche d'hospitalisation
- Les registres Entrées et Sorties
- La fiche de transfert inter-services
- La fiche de référence / contre-référence
- Le dossier du malade
- Les rapports standardisés périodiques
- Les fiches d'inventaires
- Les fiches de stock
- Le livre journal
- Le compte de gestion (grand livre journal)
- Les quittanciers

3-4- Structure administrative

Comme annoncé plus haut, la structure administrative doit être complètement intégrée à la structure opérationnelle. Ainsi le directeur de l'hôpital est responsable du service de l'Administration et du Personnel. Il gère l'hôpital en équipe dite de gestion composée

d'autres chefs de services et individualités.

Un conseil d'administration incluant la population, les autres secteurs et les partenaires au développement peut s'avérer utile. Mais il faudrait craindre une dissociation de l'hôpital de l'ensemble du système de Santé du district. Pour cela il est souhaitable de ne maintenir que le conseil d'administration du district sanitaire au sein duquel seront examinées toutes les composantes du SSD, notamment l'hôpital.

Différents textes devront être pris pour conférer à l'hôpital et aux agents l'autorité ou le statut nécessaire.

IV - Cadre réglementaire

Plusieurs textes seront envisagés, portant:

- Création ou reconnaissance de l'hôpital de district comme tel par l'autorité compétente.
- La nomination du directeur
- La nomination des chefs de Service et collaborateurs
- La nomination des membres de l'équipe de gestion de l'hôpital
- Le règlement intérieur de l'hôpital

Une étape non moins importante consiste à préparer le personnel à exécuter correctement ses tâches et à travailler en équipe pour l'atteinte des objectifs de l'hôpital.

V - Formation

En se basant sur les compétences initiales des agents, ^{la} formation pourra se dérouler sous forme de séminaire , de séminaire - atelier ou d'atelier. Il est préférable qu'elle s'organise au sein de l'hôpital. Elle devra permettre de familiariser les agents avec:

- l'ensemble du SSD, notamment le 1er échelon
- l'organisation générale de l'hôpital
- leur description de poste
- les supports ou outils de gestion
- le règlement intérieur

L'organisation rationnelle de l'hôpital suppose (implique) l'amélioration des conditions de travail . Il s'agit de l'état physique des locaux et des équipements légers et lourds.

VI - Réfections et équipement des locaux

6-1- Réfections

Pour rendre les locaux conformes à leurs affectations respectives des travaux d'extension ou de simples aménagements sont le plus souvent nécessaires. Bref, un rafraichissement global s'impose dans la plupart des cas.

6-2- Equipement

Il est question de remettre en état de fonctionnement le matériel léger et lourd disponible, et / ou d'acquérir le nouvel équipement léger ou lourd nécessaire. Le matériel de couchage devra faire partie des priorités.

Un autre aspect non négligeable concerne le choix de la structure physique de l'hôpital ou plan architectural.

VII - Structure physique

La structure physique ou le plan architectural de l'hôpital dépendra du contexte socio-culturel et économique de chaque localité.

Néanmoins une structure de type pavillonnaire ou modulaire incluant des espaces verts et des allées de liaison protégées est recommandable, aussi bien du point de vue de la simplicité de la maintenance que de la sécurité vis à vis de l'infection, intra-hospitalière.

Ainsi les services à fréquentation externe prépondérante se situeront de préférence à l'entrée de l'hôpital. Les services d'hospitalisation seront plus en profondeur avec une démarcation assez nette pour contrôler les visiteurs.

Mais le plus important est que l'hôpital soit dans un enclos. Cela comporte des avantages certains pour la gestion en général.

Conclusion

L'organisation rationnelle d'un hôpital de district est une œuvre extrêmement délicate, mais importante dans le cadre général du développement harmonieux du système de Santé de district.

Les différentes étapes évoquées dans cette présentation ne reflètent pas un ordre rigoureux. En effet l'organisation est un processus que l'on peut dans la pratique initier à partir de n'importe quelle étape.

R. C. - R. F. A.

OFFICE ALLEMAND
DE LA COOPERATION TECHNIQUE

COMITE TECHNIQUE

1 -

APPROCHE POUR L'ORGANISATION D'UN SERVICE
D'UNE INSTITUTION HOSPITALIERE

- 1)- Enumérer les objectifs généraux ou fonctions du service
- 2)- Inventorier les activités à mener dans le service (Techniques, Organisationnelles, Administratives)
- 3)- Définir les postes à créer
- 4)- Procéder à la description des postes retenus
- 5)- Indiquer les profils appropriés aux postes à créer.

/-

2 -

CANEVAS POUR UNE DESCRIPTION DE POSTES
DANS LES SERVICES DE L'HOPITAL DE REFERENCE
DE LOUBOMO

Ce canevas s'applique à tous les services de l'Hôpital (Services de soins, administratifs, techniques et autres).

1- TITRE OU DESIGNATION DU POSTE

- . Chef de (Service, Section, Unité...)
- . Adjoint ou collaborateur n°1, 2 ... de

2- POSITION HIERARCHIQUE

- . Supérieur Hiérarchique
- . Collaborateurs (personnel dépendant du tenant)

3- LIAISONS FONCTIONNELLES LES PLUS FREQUENTES

- . Services, Bureaux, Unités ou Institutions avec lesquels le tenant du poste entretient des relations horizontales.

4- RESPONSABILITES OU TACHES

- . Enumération la plus exhaustive possible des tâches devant être exécutées par le tenant du poste.

5- MOYENS D'ACTION

- . Enumération des ressources mises à la disposition du tenant du poste pour l'exécution de ses tâches.

6- PROFIL PROFESSIONNEL

- . Indiquer le profil qui conviendrait le mieux -(efficience).

7- EMOLUMENTS (FACULTATIF)

- . Salaire
- . Primes

3 - CONSEILS POUR L'ENUMERATION DES TACHES -----

- 1)- (//ous pouvez énumérer les tâches en pensant au poste
- 2)- (//ous pouvez le faire en parlant aux gens qui sont
présentement dans un poste similaire.
- 3)- (//ous aurez une idée plus exacte du travail en observant
les gens en activité.
- 4)- L'Enumération ne tient pas compte d'un ordre ni d'une
importance quelconques des tâches.

4 -

EXEMPLES DE TACHES

1)- POUR LE MEDECIN DE L'HOPITAL DE REFERENCE DE C.S.

. Diagnostiquer les affections des patients qui lui sont adressés des Centres de Santé (F.P.),

- . Traiter les cas relevant de sa compétence
- . Coopérer avec tous les praticiens
- . Former / recycler le personnel Infirmier
- . Superviser les équipes de Centre de Santé Intégré
- . Elaborer les rapports périodiques
- . Faire des publications
- . Distribuer les tâches aux collaborateurs (Membres d'Equipe)
- . Allouer les ressources correspondant aux tâches
- . Contrôler l'exécution des tâches
- . Soutenir / encadrer les Comités de Santé
- . Identifier les cas à présenter aux réunions de discussion de dossiers malades
- . Contrôler les commandes de médicaments et matériel
- . Participer / procéder à des recherches.

2)- POUR L'INFIRMIER D'UN SERVICE HOSPITALIER

- . Accueillir les malades à hospitalier
- . Enregistrer les malades
- . Installer les malades dans les salles
- . Prélever la température
- . Administrer les soins infirmiers
- . Exécuter les prescriptions et instructions du Médecin
- . Préparer les commandes de médicaments et matériel
- . Contrôler le régime alimentaire malades
- . Organiser la permanence dans le service
- . Déclarer les Entrées et Sorties à l'Administration Hospitalière.

12

ASSURANCE DE QUALITE DES SOINS HOSPITALIERS

Dr Remo MELONI

1. Qualité des soins

1.1 Perception par les utilisateurs

- Satisfaction du malade : Problème résolu ou atténué
- Climat psychologique. Accueil, attentions

1.2. Jugement du technicien de la santé

Qualités techniques

- Sensibilité et spécificité pour éviter lors des décisions des faux positifs et faux négatifs (éviter références inutiles et assurer références utiles par exemple).
- Efficience
 - pour diminuer les coûts
 - pour éviter la dépendance
- Efficacité
 - pour viser à la guérison (ou à la diminution de la souffrance)

Qualités humaines

- Globalité
 - Voir l'individu dans son contexte psycho-social et économique pour comprendre les causes et adapter et faire accepter les décisions .
- Intégration
 - Pour utiliser au mieux les outils curatifs et préventifs.
- Continuité
 - Prendre en charge jusqu'à la fin de l'épisode (voir par exemple transparent Annexe I sur prise en charge des TBC par les CSI et le secteur opérationnel en 1991 à Dolisie).

Au niveau de l'hôpital, l'aspect technique est prépondérant. Les aspects qualités humaines sont plus importants au niveau du 1er échelon.

2. Comment assurer à l'hôpital cette qualité technique de soins ?

- 1- En l'organisant rationnellement en tant que structure recevant des malades à traiter.
2. En ne le considérant pas comme une structure isolée mais dans le contexte du système de santé de district où il constitue l'orientation-recours pour les CSI.
Il faut lui réserver les tâches techniques qu'il est le plus apte à remplir et qui ne peuvent (ou ne doivent être décentralisées).

N.B. : Résultats de la situation actuelle où l'hôpital est en même temps premier contact et orientation recours :

- l'hôpital dispense des SSP de mauvaise qualité parce que son personnel n'a pas la possibilité de consacrer attention et temps voulus pour développer les aspects qualité humaine de soins.
- Il n'assure pas de bons soins d'orientation-recours parce que le personnel est surchargé par le travail de SSP.
- Etant en compétition avec les centres de santé, de par sa position prépondérante, il leur enlève auprès des populations le crédit nécessaire qui lui permettrait de :
 - développer des SSP de qualité
 - de réduire la charge de l'hôpital.

3. Enregistrements nécessaires pour juger de la qualité technique des soins hospitaliers

Supports

- Dossier d'hospitalisation du malade
- Régistre des entrants
- Régistre des sortants
- Rapport mensuel
- Enregistrements monitoring dans les services
- Cahiers de rapport des services (où sont notés les incidents-critiques)

Dossiers d'hospitalisation Voir transparent (Annexe II)

Ce dossier porte des éléments importants pour l'évaluation

Case C Raison d'hospitalisation

L'hospitalisation était-elle nécessaire ?

- Oui si les soins ne sont pas disponibles au Centre de Santé
- Non si le malade aurait pu être jusqu'au CSI.

DOSSIER D'HOSPITALISATION DU MALADE.

DATE ENTREE	S. D. A L'ENTREE	DIAGNOSTIC D	RAISON D'HOSPITALIS. C
DATE SORTIE	EVOLUT. SYMPT. D	RESULTAT HOSPITALIS. E	LIEN AVEC 1 ^{er} ECHELON F

C : RAISON D'HOSPITALISATION.

HOSPITALISATION NECESSAIRE

- OUI SI SOINS DISPENSES NON DISPONIBLES
AU CS.

- NON SI

E : RESULTAT DE L'HOSPITALISATION

G :

DCO :

SCU :

SCI :

DOU :

F : L'HOPITAL EST-IL BIEN UTILISE COMME
NIVEAU DE REFERENCE.

(PERMET D'EVALUER LES QUALITES TECHNIQUES
DU PREMIER ECHELON)

Case E Résultat de l'hospitalisation
-G- Le malade est guéri
-DCD- Le malade est décédé
-SCU- Soins continus utiles au CS après la sortie
-SCI- Continuité de soins inutiles après la sortie
-DOU- On ne peut juger

Case F permet d'évaluer le cheminement des malades jusqu'à l'hôpital (évaluation des qualités techniques du 1er échelon)
- le malade a consulté au CS et a été référé
- la malade a consulté au CS et n'a pas été référé
- le malade est venu à l'hôpital sans consulter le CS.

- Registres des entrants et des sortants

Les données relevées dans les registres permettent de calculer

- l'occupation des lits par service
- la durée moyenne d'hospitalisation
qui sont en rapport avec l'efficience de l'hospitalisation.

- Enregistrements monitoring par service

Exemple : - incidence d'infections post-opératoires
- incidence d'éclampsies
- taux de mortalité maternelle

- Cahier de rapports du service

Où sont enregistrés les incidents critiques

- décès
- délais
- impossibilité de trouver un donneur.

4. Méthodologies diverses pour maintenir la qualité

1- Réunion des unités fonctionnelles de l'hôpital organisées sous l'impulsion du coordinateur de l'équipe au cours desquelles :

- se discutent les incidents critiques
- se discutent des données monitoring
- se prennent des décisions adéquates pour rectifier les anomalies.

2- Réunion de l'équipe médicale de l'hôpital. Audit Médical

Exemple : Analyse commune et hebdomadaire des cas de décès ou des cas problématiques

- Analyse commune systématique d'une partie des dossiers de malades sortis.

Avantage : des mesures peuvent être prises par les auditeurs

Type de déroulement : réponse aux questions suivantes :

- L'admission était-elle nécessaire ou le malade aurait-il pu être traité au CSI (critères d'admission) ?
- Le traitement était-il justifié (quels critères a-t-on utilisé pour en décider et comment le traitement a-t-il été administré) ?
- La sortie était-elle justifiée et s'est-elle faite à temps ?
- La continuité des soins était-elle nécessaire et prévue (soins ambulatoires) ?
- Le diagnostic était-il suffisamment fiable ?
Avait-on besoin de plus de précision ?
- A-t-on rencontré des difficultés (médecins ou infirmiers) pour la bonne gestion du cas ?

3- Supervision des services techniques par un membre de l'Equipe Cadre

Exemple : Supervision de la pharmacie, du laboratoire, etc...

Si les agents qui travaillent à la pharmacie suivent des instructions sous la responsabilité d'un médecin de l'Equipe Cadre, ce dernier doit superviser régulièrement et voir

- si les instructions sont suivies correctement
- si les instructions posent problèmes (et dans ce cas, les rectifier)

4- Evaluation

Exemple : Evaluation des résultats de l'hospitalisation d'une année (KASONGO). On pense souvent que de meilleurs résultats d'hospitalisation dépendent essentiellement d'une amélioration du plateau technique de l'hôpital. L'examen des résultats (voir transparent Annexe III) montre que :

- en améliorant la collaboration avec la population (traitement correct diarrhée au CS ...)
- en organisant mieux les activités à l'hôpital même
 - . organisation du travail (délai/médecin, gardes malades)
 - . gestion des stocks

On aurait pu arriver à des meilleurs résultats.

Pour fournir des soins spécialisés, on aurait dû faire appel à une gamme très variée de spécialistes pour un rendement relativement faible.

NOTONS QUE :

- On peut améliorer des soins à l'hôpital par l'amélioration de la qualité du 1er échelon
 - . Ne viendront à l'hôpital que ceux qui en ont vraiment besoin.
 - . Certaines affections, soignées à temps au CS ne se compliqueront plus au point d'avoir besoin d'une hospitalisation : IRA, diarrhée-déshydratation ...

13

PLAN

INTRODUCTION

1. LA CREDIBILITE DE L'HOPITAL: Un nursing ACCEPTABLE

- rigueur
- efficience
- personnel compétent
- relation

- ADAPTE
- au milieu
 - à l'environnement social
 - à l'environnement technique -

2. LA FONCTION D'INFIRMIER Ses attributions.

2.1. FONCTION DIFFERENTE CAR DEMARCHE DIFFERENTE

2.2. TRAVAIL D'EQUIPE

2.3. RECHERCHE DE CLASSIFICATION

compétence ; En fonction du champ de

En fonction du niveau de
compétence: délégation de tâches sans conséquences, pas
aller

délégation de tâches qui peuvent porter à
conséquence mais qui sont normalisées, sans baisse de
qualité, et valorisantes.

délégation de tâches qui portent à conséquen
ce, qui sont normalisées, qui cette fois améliorent la
qualité du service, et qui sont stimulantes et valorisan
tes.

- ##### 2.4. CONDITIONS:
- Normalisation
 - Formation
 - Supervision

- ##### 2.5. METIER A VALORISER
- Dans son aspect technique
 - Dans son aspect relationnel

3. LE NURSING DANS UNE DEMARCHE GLOBALE

- #### 4. DEUX APPLICATIONS DU NURSING.
- Soins intensifs
 - Imaginer un accueil

La promotion de la santé de la population, la protection de celle-ci contre les maladies, et les soins donnés pour rétablir la santé de ceux qui sont malades sont les pivots de ce que l'on appelle médecine intégrée. Ils sont à la fois indissociables et complémentaires, mais c'est des soins apportés aux malades dans le cadre d'un hôpital dont je vais parler. En fait, je ne vais pas parler des soins comme tel, mais plutôt du concept du nursing et surtout de ceux qui ont le nursing en charge: les infirmiers.

C'est en tant qu'infirmière que je prends la parole, avec une expérience de dix ans au Zaïre, dans différentes régions, toujours avec la fonction d'infirmière, mais avec différentes attributions: dans un centre de santé, dans un hôpital et dans une école médicale.

Mon exposé se composera de trois parties : je fixerai d'abord les conditions qui rendent le nursing crédible dans un hôpital; ensuite j'essaierai de prendre en considération la fonction, l'environnement et la formation de ceux qui assurent le nursing; enfin je situerai le nursing comme partenaire dans une politique globale de la santé.

1. Pour être crédible, un hôpital se doit d'avoir un nursing ACCEPTABLE et ADAPTE.
En fait, ce n'est pas si compliqué.

1.1.ACCEPTABLE veut dire Rigueur, efficience, personnel compétent et relation.

- Tout d'abord avoir un minimum de rigueur dans l'hygiène générale et la manipulation du matériel, l'application des traitements (horaires, administration complètes) et l'exécution des techniques.

- Ensuite, il faut une concentration judicieuse du matériel. (Ne pas s'éparpiller, travailler sur la qualité, le fonctionnel, l'organisation.) c'est ce qu'on appelle l'efficience.

- Il faut aussi un personnel suffisant, compétent, formé en fonction des tâches attribuées et suffisamment supervisé. (J'aurai l'occasion d'en reparler.) Une certaine stabilité de ce personnel doit être assurée dans les services où chaque infirmier est responsable du lien

l'équilibre entre l'investigation, le traitement, l'observation et les soins. Cette stabilité a pour but de mieux connaître les malades et le service, mais aussi d'acquiescer une certaine expérience.

- Autre aspect: Ne jamais négliger le fait que le nursing s'occupe d'êtres humains, d'êtres souffrants, en rupture avec leur milieu, à qui l'on doit parler, expliquer le pourquoi et le comment. Ne pas oublier que gravite autour du malade une famille inquiète, souvent en proie à des problèmes sociaux ou tout simplement financiers.

- Encore une petite remarque: Il faut également tenir compte que l'hôpital est un endroit de "stage" et de formation pour les futurs infirmiers, et se doit donc d'être un "modèle".

1.2. ADAPTE: Et ceci est sans doute un peu plus complexe car cela dépend du milieu, de l'environnement social, et de l'environnement technique.

- Le milieu: La technologie des pays avancés fait qu'on y utilise en principe plus de capitaux et moins de main-d'oeuvre, ceci en opposition aux pays en voie de développement pauvres en capital et riches en main-d'oeuvre. Cette constatation se fait ressentir dans le domaine de la santé qui emploie des auxiliaires ayant une formation souvent limitée ou au contraire de trop haut niveau par rapport aux besoins et au matériel. Les hôpitaux ont besoin d'une quantité d'infirmiers ayant une formation limitée mais correcte, encadrés par des chefs de service choisis pour leurs qualités techniques, scientifiques et humaines.

- Le nursing doit être adapté à l'environnement social: les infirmiers qui connaissent les valeurs et les coutumes de la région, doivent apprendre à différencier celles qui sont salutaires, celles qui sont inoffensives et celles qui sont nuisibles. Ils doivent apprendre à découvrir les besoins, (et les besoins insatisfaits) de la communauté pour laquelle ils travaillent. => *manière de stopper de c.s.*

- Concernant l'environnement technique: même les gestes les plus élémentaires réclament un minimum d'équipement, mais, outre l'intérêt propre d'un matériel correct, un équipement de base suffisant doit permettre d'agir sur le moral et les motivations du personnel de santé en lui fournissant des moyens de travail moins dérisoires.

ex: une literie convenable et du linge de toilette permettent d'améliorer sensiblement les conditions d'hygiène des malades hospitalisés et encouragent l'infirmier à exécuter les gestes de soins élémentaires.

Pour le matériel plus sophistiqué, il faut veiller à ce que l'environnement nécessaire à son utilisation soit adéquat: *(infirmier souvent + valorisé que stimulé par le matériel.)* l'infirmier n'a que faire d'un autoclave sans pression d'eau suffisante, ni d'un frigo électrique si la tension est fantaisiste. De plus, certains appareils ont des modes d'emplois incompréhensibles et sont soit trop fragiles, soit d'un entretien quotidien trop astreignant pour un personnel débordé. Il ne faut pas oublier que plus le matériel est abondant

... plus un personnel de maintenance est de rigueur.

2. LA FONCTION DE L'INFIRMIER.

Maintenant que j'ai brossé brièvement le tableau des conditions d'un nursing correct, je voudrais m'étendre un peu plus sur ces infirmiers qui prennent en charge les soins quotidiens aux malades.

Les attributions de l'infirmière ou de l'auxiliaire médical (en Afrique centrale rurale ou semi urbaine) sont différentes de celles de la plupart de ses collègues occidentaux. La différence ne provient pas seulement du milieu tropical et donc d'un autre type de pathologies, elle provient d'une succession de beaucoup d'autres raisons dues aux différences de technologie, de formation, de milieu culturel mais surtout d'attribution des fonctions.

2.1. Une fonction différente car une démarche différente:

Le malade occidental ira d'abord consulter son médecin qui le réfèrera éventuellement à un infirmier ou à un service hospitalier.

Le malade africain ira d'abord chez l'infirmier qui le soignera et ou le réfèrera à un médecin ou à un service hospitalier. L'infirmier africain est donc doublement sollicité et donc responsable.

Tandis que leurs homologues d'Europe ou d'Amérique du Nord sont formés - pour la plupart - pour être de bons exécutants, les infirmiers d'Afrique, dans leur centre de santé ou dans une structure hospitalière, doivent cumuler les responsabilités et se doivent d'être, souvent, polyvalents.

Bien souvent, ils doivent dispenser la plus grande partie des soins médicaux, assurer le fonctionnement minimum de leur service ou centre, veiller à sa qualité, éviter les ruptures de stocks, recueillir les données minimales nécessaires à la gestion des activités.(rapports...)

L'infirmier est donc l'indispensable collègue du médecin, qui, même s'il garde et gardera toujours le poste clé, doit se décharger sur une équipe d'auxiliaires compétents pour se concentrer sur son rôle de thérapeute, de technicien, de directeur et de professeur.

2.2 Ici , je voudrais insister sur le travail d'équipe, l'équipe étant formée de ceux qui partagent un objectif de travail commun, le travail d'équipe impliquant une répartition correcte du travail entre les différentes personnes.

2.3 Ceci nous mène à une réflexion plus systématique: Comment justifier la fonction des infirmiers?

La manière la plus classique ou la plus formelle est celle qui situe l'infirmier en fonction de sa qualification initiale ou plus précisément par rapport à son CHAMP de compétence.

L'infirmier est "situé" par rapport au médecin, ou par

rapport à l'infirmier chargé de l'entretien. Il peut être "situé" par rapport à l'hôpital et là il fait du nursing, ou encore, par rapport au centre de santé et là il pose des actes thérapeutiques. Cette classification est QUALITATIVE.

On peut classifier les infirmiers de manière QUANTITATIVE c'est-à-dire pencher sur le NIVEAU de compétence. A ce moment, l'infirmier à qui l'on délègue des tâches pour lesquelles il n'a pas le diplôme requis est considéré comme un "auxiliaire". Cette classification correspond très souvent à la réalité dans les pays en voie de développement où le manque de personnel qualifié fait que l'on délègue à des infirmiers des fonctions plus ou moins importantes qui sont normalement attribuées aux médecins ou à un personnel plus spécialisé.

Cette alternative peut-être plus ou moins heureuse selon le concept.

Premier niveau conceptuel: A défaut de quelqu'un d'autre, l'infirmier exécute des tâches simples, peu importantes et surtout qui ne portent pas à conséquence. La délégation est considérée comme un pis-aller.

Second niveau conceptuel: On peut passer du pis aller à une valorisation de l'infirmier en même temps qu'une meilleure efficience des services de santé en utilisant efficacement le principe que la plupart des tâches sont répétitives et que, si elles sont standardisées et bien codifiées, elles peuvent être exécutées sans baisse de la qualité des services de santé. Des fonctions importantes et qui portent cette fois à conséquence peuvent donc être déléguées à condition toutefois que les tâches soient bien normalisées. La délégation est considérée comme une promotion.

Troisième niveau conceptuel: L'auxiliaire est considéré comme une alternative positive car il améliore la qualité du service. Les tâches simples et répétitives deviennent vite routinières, lassantes et donc négligées par un personnel hautement qualifié.

Par contre, elles seront stimulantes et donc mieux exécutées par les auxiliaires qui se sentent promus professionnellement et socialement. La délégation est positive pour tout et tous.

Ainsi, si elle est bien choisie, bien préparée et bien supervisée, une sage femme qui n'aurait pas nécessairement gravi tous les échelons d'études pour elle fastidieuses ou simplement coûteuses, peut exécuter des actes médicaux avec autant d'adresse qu'un médecin ou qu'un infirmier "plus diplômé".

2.4 les conditions étant, bien entendu:

- la normalisation des tâches: cette infirmière va toujours exécuter le même type de tâches, c'est le principe de la reproductibilité du travail (peu importe sa gravité ou sa complexité)

- bien préparée veut aussi dire bien formée, c'est-à-dire capable techniquement mais aussi capable de comprendre les normes pour pouvoir prendre les décisions adéquates.

- bien supervisée. C'est essentiel et cela doit être bien compris. La supervision est un processus d'encadrement continu et permanent et global. C'est aussi un processus d'éducation et de formation continue. Un médecin qui fait son tour de salle et qui jette un coup d'oeil dans le service, cela ne peut être considéré comme une supervision. Il n'a pas le temps de con-

6
effectuer toutes les opérations ni ne peut s'assurer que toutes les instructions sont appliquées.

2.5 Ceci dit, le métier d'infirmier est un métier à valoriser.

Pour ce faire, il faut absolument bannir deux clichés:

On n'est pas infirmier parce que l'on a pas pu être médecin; on n'est pas infirmier simplement parce que l'on a pitié des malades. Dans les deux cas, on risque d'être perpétuellement frustré. Il faut reconnaître la spécificité technique d'un métier à part entière où l'on est proche du malade.

Ici encore, il est important de justifier la proximité avec le malade d'un point de vue technique tout autant que d'un point de vue humain. L'exécution d'une technique doit se faire à travers une relation. Cette double approche devrait être mieux prise en compte dans la formation, malheureusement, la tradition académique n'encourage trop souvent que l'approche théorique et oublie de s'étendre sur la qualité du geste et du contact. Les enseignants, eux-mêmes, ont trop souvent reçu une formation orientée vers la maladie et non vers une approche globale du malade et les médecins n'ont jamais été encouragés à étudier la "méthodologie" des soins surtout mineurs.

3 LE NURSING DANS UNE DEMARCHE GLOBALE.

Tout le fonctionnement d'un hôpital gravite donc autour de ce fameux mot "nursing" c-à-d soins aux malades.

C'est souvent à la qualité du nursing l'on juge un hôpital. C'est le nursing qui le rendra crédible pour la population et qui aura des répercussions au niveau des soins de santé primaire. Un malade bien soigné, une famille satisfaite, seront plus réceptifs aux conseils prodigués par les infirmiers des centres de santé. C'est une forme d'éducation indirecte, à condition, toutefois, que la population réalise que la prise en charge de sa santé est une affaire "globale", mais aussi une affaire d'équipe et qu'il existe une cohérence et une harmonie dans la prise en charge de la santé et des agents qui sont à son service.

Dans ce sens, il ne serait pas négligeable de déplacer de temps à autre l'accoucheuse de la maternité pour une CPN au village, ni d'envoyer l'infirmier de pédiatrie à des séances de vaccination ou d'éducation nutritionnelle. Il sera aussi souhaitable de voir de temps à autre tous les infirmiers de la zone de santé se réunir à l'hôpital pour un recyclage ou un séminaire ou à des réunions durant lesquelles ils pourraient donner des avis pour codifier ou évaluer des stratégies.

Ces Agents et leurs partients participent à l'élaboration de l'hôpital "nouveau".

Le nursing n'est donc pas un geste exclusivement technique, il s'inscrit dans la démarche globale des soins de santé de manière privilégiée car c'est un geste qui soulage et qui soigne.

4. DEUX APPLICATIONS DU NURSING

Pour conclure, je voudrais dire que le nursing est vécu de manière différente suivant les services. Exemple: dans le service d'accueil on insistera beaucoup sur les capacités de

sollicitude et de simple observation, alors qu'en salle d'opération l'habileté, la précision et le calme seront des atouts supplémentaires. Il est un service où le nursing domine à sa façon et c'est celui des soins intensifs avec ses avantages et certaines réserves:

C'est un service où l'on rassemble en général les malades les plus critiques qui doivent être suivis jour et nuit.

On y concentre aussi du matériel et des médicaments plus spéciaux dont le service doit connaître l'usage et la manipulation.

On doit y être encore plus observateur et régulier.

C'est aussi un endroit de stage et de formation privilégié où l'élève apprend beaucoup en peu de temps.

C'est également un excellent endroit pour installer le service de garde

et un lieu stratégique pour les médecins qui peuvent concentrer leurs visites.

Toutefois, il faut être vigilant, car le taux de mortalité y est logiquement plus élevé d'où une crainte automatique des familles qui y voient transférer leurs malades.

De plus, il y a le risque de mettre dans ce service des malades sérieux, mais plus par facilité que par réelle nécessité.

La conséquence serait de voir les autres services privés automatiquement de "cas" difficiles pendant à l'avenir leurs réflexes de soins, d'observation et parfois de motivation.

Autre constat A UN AUTRE NIVEAU:

Un exemple: On constate souvent qu'il y a des services d'hospitalisation qui sont surchargés mais que la plupart du temps, une fois le tour de salle effectué et les soins donnés, ces services se vident, comme par exemple en pédiatrie. Par souci d'efficacité, par souci de démedicaliser, par respect de l'homogénéité ethnique, on pourrait imaginer, en annexe de l'hôpital, la création de petits villages d'accueil. Le coût pour les malades et pour l'hôpital serait moindre, le personnel de santé serait soulagé, on démedicaliserait et on rendrait les gens moins dépendants, les malades et leur famille pourraient mieux organiser leur subsistance. On pourrait même en profiter pour étudier le rôle des accompagnants et une certaine forme de délégation des tâches qui sans devenir une alternative au personnel de santé pourrait être un complément. A nouveau il y aurait un avantage économique mais aussi une prise de responsabilité intéressante de la part des gens. Des expériences du même type sont vécues je pense au niveau de certaines maternités-villages.

Tout ceci pour terminer en disant que le nursing est une question d'organisation et de recherche d'harmonie dans les soins, avec ceux qui les donnent, sans oublier ceux qui les reçoivent.

14

14

UNE STRUCTURE DE DIALOGUE AVEC LA POPULATION:
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION ET LES COMITES DE GESTION

Dr. E. GBAGUIDI.

PLAN

- 1.- PLACE DU CENTRE DE SANTE DE SOUS-PREFECTURE ET DU
CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DANS L'ORGANIGRAMME
DU SYSTEME DE SANTE AU BENIN
- 2.- LE CONSEIL D'ADMINISTRATION
 - 2.1.- Rôle
 - 2.2.- Composition
 - 2.3.- Fonctionnement
- 3.- LE COMITE DE GESTION EN TANT QUE STRUCTURE DE DIALOGUE
 - 3.1.- Rôle
 - 3.2.- Composition
 - 3.3.- Fonctionnement

- PLACE DU CENTRE DE SANTE DE SOUS-PREFECTURE ET DU
CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL DANS L'ORGANIGRAMME
DU SYSTEME DE SANTE AU BENIN

Située en Afrique Occidentale, la République du BENIN compte une population totale d'environ 4,7 millions (chiffre estimé à partir du recensement de 1979).

Administrativement il est subdivisé en 6 Départements, 77 Circonscriptions Administratives (Sous-Préfectures et Circonscriptions Urbaines), 517 Communes et 3378 Villages et Quartiers de Ville.

Mentionnons ici qu'avec l'avènement du Renouveau Démocratique une réforme territoriale est en cours d'élaboration.

Cette réforme, dans le souci de créer des Collectivités Territoriales économiquement et financièrement viables, se propose d'augmenter le nombre de Départements à 9 et de réduire le nombre de Sous-Préfectures à 32.

Sinon jusqu'à présent, le système sanitaire national est fortement calqué sur le découpage administratif. Il comporte au niveau périphérique le Centre de Santé de Sous-Préfecture avec au chef lieu de la Sous-Préfecture ou de la Circonscription Urbaine un Hôpital de premier recours et au niveau de la Commune un Complexe Communal de Santé (Centre de Santé de premier contact) qui est renforcé parfois suivant les nécessités de structures communautaires dénommées Unités Villageoises de Santé.

Au niveau intermédiaire et au chef lieu du Département qui regroupe un ensemble de Sous-Préfectures se trouve le Centre Hospitalier Départemental (CHD). Ce Centre Hospitalier Départemental est L'Hôpital de deuxième recours.

Au niveau national le troisième recours est assuré par le Centre Hospitalier Universitaire de Cotonou.

L'Hôpital de premier recours qu'est le Centre de Santé de Sous-Préfecture fait office d'Hôpital de District dans le contexte de District Sanitaire et dessert en général une population de 50 000 à 100 000 h. environ.

Il compte en moyenne 60 à 120 lits et regroupe les Services de Médecine, Pédiatrie, Maternité, Chirurgie avec Bloc opératoire, de Laboratoire et parfois de Radiologie.

Au chef lieu de la Sous-Préfecture, cet Hôpital de premier recours sert également de Centre de premier contact pour la population de la Commune urbaine.

Le Centre Hospitalier Départemental quant à lui dessert une population en moyenne de 500 000 à 700 000 h. et compte 200 à 300 lits d'hospitalisation.

Lieu de deuxième recours, il regroupe en plus des services précités les services spécialisés tels que: Ophtalmologie, Oto-Rhino-Laryngologie, Stomatologie etc.

La dernière réglementation (Novembre 1990) en vigueur au Bénin définit le statut des Centres Hospitaliers Départementaux et des Centres de Santé de Sous-préfecture et les classe comme étant des Etablissements publics à caractère social dotés d'une personnalité morale et d'une semi-autonomie financière.

Ces deux Etablissements sont administrés par des structures de dialogue différentes et qui sont investies toutes deux des pouvoirs les plus étendus pour agir en toutes circonstances au nom de l'Etablissement dans la limite de son objet social.

Le Centre Hospitalier Départemental (CHD) est administré par un Conseil d'Administration (CA) et le Centre de Santé de Sous-préfecture par un Comité de Gestion (COGES)

En plus du CA et du COGES, d'autres Commissions consultatives et commissions spécialisées interviennent également dans la gestion de ces deux Etablissements. Les deux Etablissements disposent d'un organe consultatif obligatoire qu'est le Comité de Direction tandis que le Centre Hospitalier Départemental possède en plus pour sa gestion: la Commission médicale consultative, la Commission d'hygiène et de sécurité, la Commission de contrôle de gestion.

2.- LE CONSEIL D'ADMINISTRATION AU CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL

2.1.- Rôle du Conseil d'Administration

Les attributions du Conseil d'Administration sont les suivantes:

- Statuer sur la politique générale du Centre Hospitalier Départemental élaborée par le Directeur Responsable de la Structure et ce conformément aux

objectifs définis dans la Nouvelle Stratégie Sanitaire Nationale.

Le CA doit s'assurer de la cohérence des différentes composantes de cette politique et en contrôler l'application.

- Délibérer sur les rapports trimestriels et annuels des Commissaires aux comptes.
- Examiner et approuver au début de chaque année et sur proposition du Directeur;
 - * les Comptes et Bilans de l'Exercice écoulé,
 - * L'étude prévisionnelle du Budget et les perspectives d'activités de l'Etablissement pour l'Exercice suivant.
- Contrôler périodiquement la gestion financière et celle des Médicaments essentiels.
- Assurer la promotion et le développement de la participation communautaire au financement du Centre Hospitalier Départemental.
- Examiner et autoriser les acquisitions et l'aliénation d'immeubles et leur affectation
- Exercer toutes actions judiciaires, tant en demande qu'en défense
- Autoriser tous traités, transactions, compromis, acquiescements et désistements.

2 2.- Composition

Le Conseil d'Administration est composé de:

Président: Le Représentant du Ministre de la Santé

Vice-Président: Le Représentant du Ministre chargé des
Entreprises

Membres: - Le Directeur Départemental de la Santé,
- Le Directeur du Centre Hospitalier
Départemental
- Le Receveur des Finances,
- Le Représentant du Préfet du Département,
- Le Directeur Départemental du Travail et des
Affaires Sociales,
- Le Directeur Départemental du Plan et de la
Statistique,
- Un Représentant des Populations,
- Le Représentant du Ministre de la justice,
- Le Président de la Commission Médicale
consultative,

- Deux (2) Représentants du Personnel du Centre Hospitalier Départemental dont un Administratif
- Un Représentant des Partenaires au développement sanitaire intervenant dans le financement du Centre,
- Un Représentant des Guérisseurs traditionnels

2.3.- Fonctionnement du Conseil d'Administration

Les membres du Conseil d'Administration sont nommés par Décret sur proposition des Ministres qu'ils représentent.

Le Représentant des Partenaires au développement est nommé par le Ministre de la Santé sur proposition des Partenaires représentés.

La durée du mandat des Administrateurs est de quatre ans renouvelables.

En cas de vacance d'un Poste par mutation, mission ou décès, l'Autorité ayant proposé la nomination de celui-ci pourvoit à son remplacement dans un délai de 30 jours pour la durée du mandat qui reste à couvrir.
Cette nomination est constatée par Décret.

Le Conseil d'Administration se réunit en session ordinaire chaque fois que nécessaire, au minimum deux fois par an:

- Une fois dans les trois mois précédant la fin de l'Exercice pour examiner le Programme et le Budget de l'Exercice à venir,
- Une fois dans les quatre mois suivant la clôture de l'Exercice pour examiner et approuver les Comptes et décider de l'affectation des résultats.

Aucun membre ne peut se faire représenter aux réunions du Conseil d'Administration et seuls les membres présents délibèrent et votent les résolutions.

L'absence du Président n'empêche pas la tenue de la réunion du Conseil d'Administration si le quorum est atteint. Ledit Conseil désigne alors en son sein un Président de séance.

Les décisions sont prises à la majorité simple des voix et constatées par Procès-Verbal inscrit sur le registre spécial côté et paraphé par le Préfet du Département.

Un rapport circonstancié des délibérations des réunions du Conseil d'Administration est adressé dans les Huit (8)

jours qui suivent, directement au Ministre de la Santé, accompagné de toutes les pièces qui ont servi de support aux délibérations.

Le Ministre de la Santé, après réception dispose de quinze jours francs pour se prononcer sur l'approbation, la suspension ou l'annulation des délibérations. Passé ce délai, elles sont exécutoires.

Les Membres du Conseil d'Administration perçoivent en rémunération de leurs activités à titre de jetons de présence une indemnité fixée par le Ministre en fonction des résultats et du niveau des activités du Centre Hospitalier Départemental.

3.- LE COMITE DE GESTION

Chaque Commune avec une Structure Sanitaire y compris la Commune Urbaine ou du Chef lieu de Sous-Préfecture abritant l'Hôpital de Sous-préfecture, dispose d'un Comité de Gestion de Commune dénommé **COGEC**.

Tandis que l'ensemble de toutes les Structures Sanitaires de la Sous-Préfecture est sous le contrôle du Comité de Gestion de Sous-préfecture appelé: **COGES**.

3.1.- Rôle du Comité de Gestion de Sous-Préfecture: COGES

Il a les mêmes rôles comme précité.

Donc à l'image du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier Départemental, le COGES approuve la programmation des activités élaborées par le Comité de Direction du Centre de Santé de Sous-préfecture, et en contrôle l'exécution.

Il examine et approuve au début de chaque semestre lors des monitorages et sur proposition du Médecin-chef, Responsable des Structures Sanitaires:

- Le Budget prévisionnel et les perspectives d'activités de chacune et de l'ensemble des Formations Sanitaires de la Sous-préfecture.
- Les comptes de L'Exercice écoulé et qui concerne à la fois chacune et l'ensemble des secteurs budgétaires des Formations Sanitaires de la Sous-préfecture.

En ce qui concerne les bilans des activités sanitaires de chacune et de l'ensemble des Formations Sanitaires de la Sous-préfecture, le COGES:

- suit l'exécution de leurs Budgets,
- examine et autorise les cessions d'actifs immobiliers
- contrôle au moins deux fois l'an, leur Gestion financière,
- contrôle chaque trimestre la gestion des médicaments essentiels de la Pharmacie Centrale,
- délibère sur les problèmes qui se posent aux COGEC lors des opérations de recouvrement des coûts des prestations chez les éventuels non payeurs,
- vérifie les caisses de Régie d'avance.

3.2.- Rôle du Comité de Gestion de Commune: COGEC

Le Comité de Gestion de la Commune assure la promotion et le développement de la Participation Communautaire aux activités de santé et à la gestion de la Formation Sanitaire.

A ce titre, il est chargé de:

- sensibiliser la population sur le bien fondé de sa participation aux activités sanitaires,
- assurer le contrôle mensuel de la gestion financière et la gestion correcte du patrimoine de la Formation Sanitaire,
- participer à la programmation des activités de la Formation Sanitaire,
- approuver son budget,
- participer à la commande, à la réception et à la supervision de la gestion des médicaments,
- recouvrer les coûts des prestations auprès des éventuels non payeurs,
- proposer, pour décision à prendre par le COGES, au cas par cas, des exonérations partielles ou totales à accorder temporairement à des individus sans ressources,

- régler d'éventuels conflits entre le Personnel de Santé et la Communauté,
- s'assurer du respect des tarifs appliqués et de l'absence de vente illicite de médicaments au sein de la Formation Sanitaire,
- décider de l'affectation des éventuels excédents de recettes de la Formation Sanitaire, dont le montant aura été identifié en sessions budgétaires du monitoring et approuvé par le COGES,
- tenir une Assemblée Générale annuelle afin de rendre compte à la Communauté du bilan d'exécution des activités et de la gestion de la Formation Sanitaire.

3.3.- Composition des COGEC et COGES

Le Comité de Gestion de la Commune (COGEC) est composé comme suit:

- Un(e) Président,
- Un(e) Secrétaire,
- Un(e) Trésorier,
- Trois à cinq membres parmi lesquels:
 - * Une Représente des Femmes,
 - * Un Représentant des Jeunes,
 - * Un Notable,

Le Responsable de la Formation Sanitaire est membre de droit du COGEC et participe aux réunions du Comité mais **avec voix consultative**.

Le Comité de Gestion de la Sous-préfecture (COGES) comprend les membres ci-après:

- Un(e) Président
- Un(e) Secrétaire
- Un(e) Trésorier
- Membres:
 - * Le Médecin-Chef de l'Hôpital de Sous-préfecture
 - * Tous les autres Présidents et Trésoriers des COGEC.

3.4.- Fonctionnement des COGEC et COGES

Les membres des COGEC sont élus par les Populations desservies au cours d'une assemblée générale.

Tandis que ceux du Bureau du COGES sont élus parmi le collectif des COGEC respectifs. C'est-à-dire que le Président du COGES est élu parmi les Présidents de tous les COGEC, il en est de même du Secrétaire et du Trésorier du COGES. Seulement, le Secrétaire, le Trésorier et le Président du COGES doivent obligatoirement provenir de trois COGEC différents.

La durée du mandat des membres des COGEC et du COGES est fixée à deux ans renouvelables une fois.

Le COGEC se réunit une fois par mois en session ordinaire, tandis que le COGES se réunit en session ordinaire une fois par trimestre.

Nul ne peut se faire représenter aux réunions du Comité de Gestion.

Toute séance ordinaire ou extra-ordinaire doit faire l'objet d'un Procès-verbal signé par le Président et le Secrétaire, et consigné au registre ad'hoc tenu par le Secrétaire du Comité de Gestion.

Au cours de ces réunions, les décisions sont prises par consensus ou, en cas de vote, à la majorité simple des membres présents. En cas de partage égal des voix, la voix du Président est prépondérante.

Structure de Dialogue.

INTERMÉD.

C.H.D.

C.A.

CS-SP

COGEC

COGEC

COGEC

CCS

CCS

LVS

LVS

15

H.Görgen GTZ Yaoundé le 26/11/1992

Le Financement du district sanitaire: la place de l'hôpital.

Parler du système de financement (SF) du district sanitaire (DS) en Afrique 1992 sollicite le compte rendu sans illusions des conditions cadre économiques et politiques des pays africains si on veut bien comprendre l'ampleur du problème et par cela les possibilités réalistes concernant un SF adéquat.

Tableau 1

montre la baisse des prix des premières matières sur le marché mondial ainsi que parallèlement la hausse de l'endettement des pays concernés pendant les années 1970 - 1988.

Tableau 2

montre la cause principale sous-jacente notamment le fait que les prix des premières matières (ici ceux des 15 p.m. prioritaires) sont contrôlés par les entreprises multilatérales, pour la plupart des Etats Unis.

Tableau 3

montre en quelque sort les conséquences économiques pour les pays concernés: le transfert net en ressources monétaires qui ne passe depuis 1983 plus du Nord vers le Sud mais plutôt à l'invers: du Sud au Nord, et cela avec une tendance augmentante.

Ces conditions montrent clairement que le problème majeur est un manque absolu en moyen financiers qui demande une solution sur le plan politique international notamment en matière des conditions de commerce international, Promotion d'une industrie locale etc. De ces conditions relève également que la marge de manoeuvre pour la mise en place d'un SF est limitée.

Neanmoins, vu le manque de connaissance en planification, gestion etc ainsi que le manque en contrôle par la population ayant abouti à du gaspillage et de l'abus multiple ainsi que la mauvaise utilisation des ressources disponibles dans l'intérieur des pays concernés, le marge de manoeuvre reste suffisamment grande pour mener tous les efforts possibles afin de mettre en place un SF du DS approprié.

Voici la place où s'inscrivent les initiatives de nombre de projets un peu par tout, de Bamako et autres.

Ce que je vous présenterai maintenant est un résumé succinct et manque du temps simplifié des expériences acquises dans nombre de projets de santé soutenus par la GTZ en Afrique au sud du Sahara.

Tableau 4

l'approche opérationnel pour la mise en place d'un SF est délibérément le district sanitaire étant l'approche opérationnel pour l'implémentation de la stratégie des soins de santé primaires.

Ce district sanitaire est caractérisé par quelques traits absolument cruciaux:

- * deux échelons des services de santé
- * intégration des activités curatives et préventives ainsi que des programmes et services spécifiques
- * Budgetisation en tant que outil de planification financière
- * Paquet minimum des soins offerts
- * Participation communautaire à la gestion et au financement

Tableau 5

"Financement" est un volet parmi d'autres dans la conception du DS. Il faut se rendre compte que le travail sur le financement est insolvablement associé à d'autres volets du travail p.e. la qualification du personnel ou bien la rationalisation des services. Donc, ce n'est jamais un travail purement économique, plutôt un défi en santé publique.

Tableau 6,7,8

Les démarches conceptuelles.

1. Constatations de base

les expériences pendant les 20 ans écoulés ont clairement démontrés que

- des soins gratuits tels qu'ils étaient introduits dans la plupart des pays africains après l'accès à l'indépendance ne sont pas réalisables à long terme et même douteux
- le manque de contrôle financier et les déficiences en gestion financière ont aboutis au gaspillage et abus.

2. L'objectif du SF (Tabl.6)

Il est important d'indiquer la notion de la qualité des soins associée au financement des soins. Il n'y a pas mal des évidences que la qualité des soins est le critère le plus important pour la population. Plus les soins sont qualitativement acceptables moins les gens hésitent à payer des frais.

3. Principes (Tabl.6)

Il est à noter que Recouvrement de coûts ne signifie pas que les coûts sont mis au dos exclusivement des patients, par contre, aussi les autres sources existantes sont prises en considération afin de couvrir les coûts.

La diminution des coûts c.a.d. la rationalisation des services sans détérioration de la qualité des soins constitue dans ces temps probablement l'approche la plus efficace pour la génération des fonds additionnels.

4. Méthodes

- * générer des fonds supplémentaires

Parmi les 4 approches bien connues c'est comme déjà dit tout à l'heure la rationalisation qui est la méthode la plus prometteuse pour l'instant. Les méthodes suivantes de rationalisation se sont révélées comme les plus efficaces:

Tableau 9

- * Analyses et études

* Mode de paiement et tarification
il y a plusieurs mixtures des modes énumérées, notamment dans les projets GTZ d'où ce données sont réportées. Voir aussi tableau 26.

Ta détermination des tarifs est toujours un " trade-off", une negotiation entres les facteurs socioéconomiques de la population et les besoins économiques des services de santé. Cela risque toujours de rester trop rigide et c'est pour cela il faut veiller à ce que l'adaptation des tarifs aux conditions changants soit dynamique et permanente.

* Budgetisation. Le budget est l'outil de planification financière le plus important et pour le DS et les services de santé indispensable.

* Outils de gestion. La transparence de la gestion est la notion clé qu'il faut prendre en compte.

Tableau 10

Conditions cadre préalables

Tableau 11

Pricipalement il faut distinguer entre investissement et fonctionnement. Les couts d'investisissement incombent au niveau national, tandis que nous nous occupons des couts de fonctionnement et de la couverture.

Tableuau 12 et 13

montrent le flux d'argent ou des contre-valeurs dans un district. Il y en a quelques-uns qui se font en cachette, d'autres sont hors de controle. Surtout les services privés sont souvent directement affiliés à des institutions exterieurs et échappent à chaque intégration dans le district. Pourtant, il y a deux circuit qui existent partout.

-Celui qui couvre l'approvisionnement des médicaments, le plus souvent couvrant les couts à 100%. Les methodes et des outils à ce sujet sont bien developés.

-Celui des autres couts de fonctionnement.

L'hopital devra encore trouver sa place et ses liens concrets avec les services du premier échelon et la direction du district. On est encore dans la stade de recherche la-dessus.

Tableau 14

montre les questions clés ainsi que les problèmes clés qui demandent des réponses ou solutions respectives.

Tableau 15 - 20

montrent des résultats ressortant des inventions sur les conditions socioéconomiques et le comprrtement des gens en cas de maladie.

Tableau 21 - 25

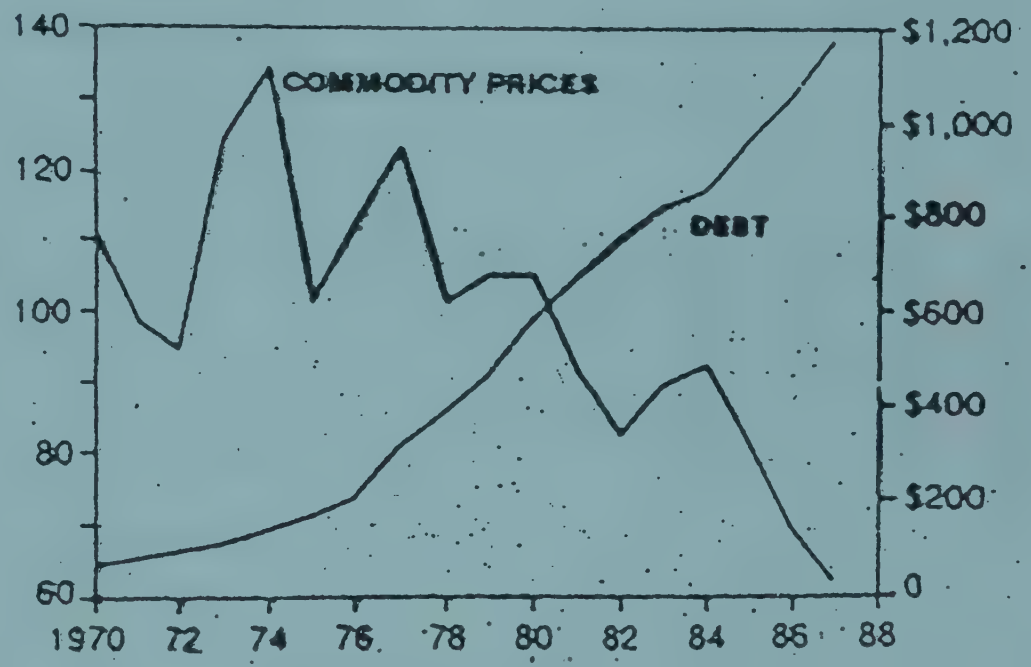
montrent la methodologie et quelques résultats ressortant des analyses économiques des centre de sante aussi bien que de l'hopital ainsi que du district dans son ensemble.

Tab 1

Commodity Price Index and Total Third World Debt, 1970-1987

Commodity Index
as % of 1979-81
average prices

Debt In
billion US\$



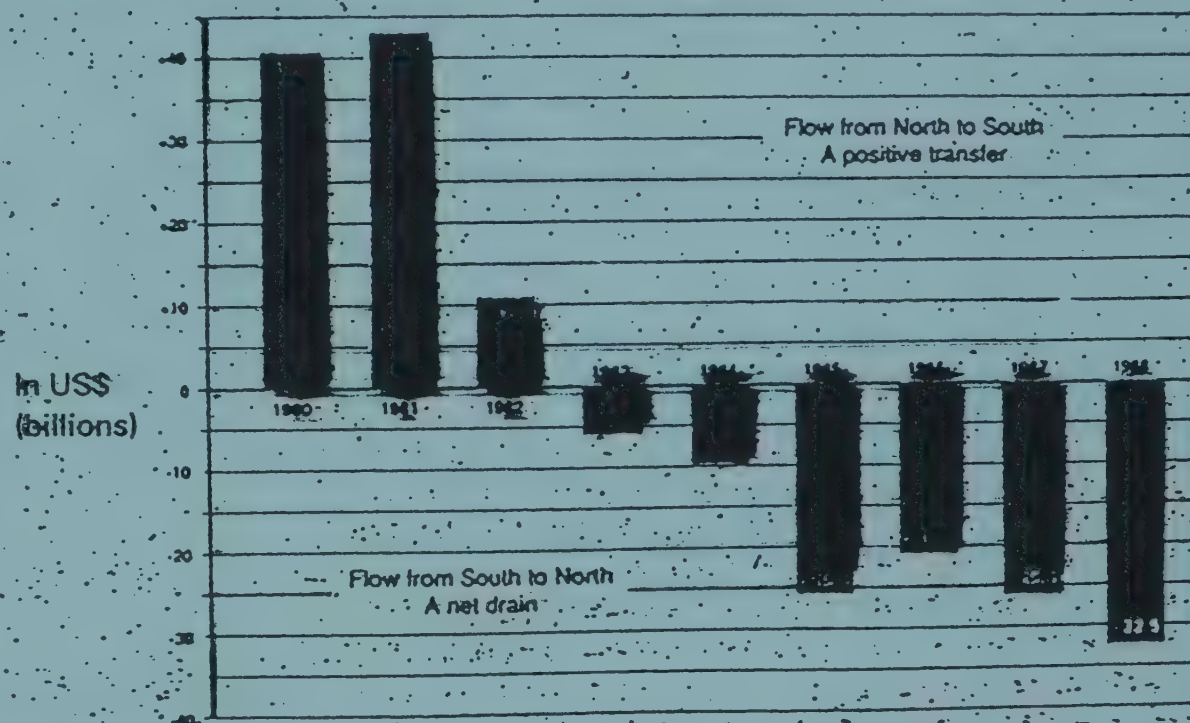
Source: World Bank, reproduced in
Recolonization or Liberation.

Tab 2

Corporate control of global commodity trade	
Commodity	Percentage controlled by 3-6 of the largest corporations
Wheat	85-90%
Sugar	60%
Coffee	85-90%
Cocoa	85%
Tea	80%
Bananas	70-75%
Pineapples	90%
Forest products	90%
Cotton	85-90%
Jute	85-90%
Crude oil	75%
Copper	80-85%
Iron ore	90-95%
Tin	75-80%
Bauxite	80-85%
Source: UNCTAD Statistical Pocketbook, Table 4.B, United Nations, reproduced in <i>Recolonization or Liberation</i>	

tab. 3

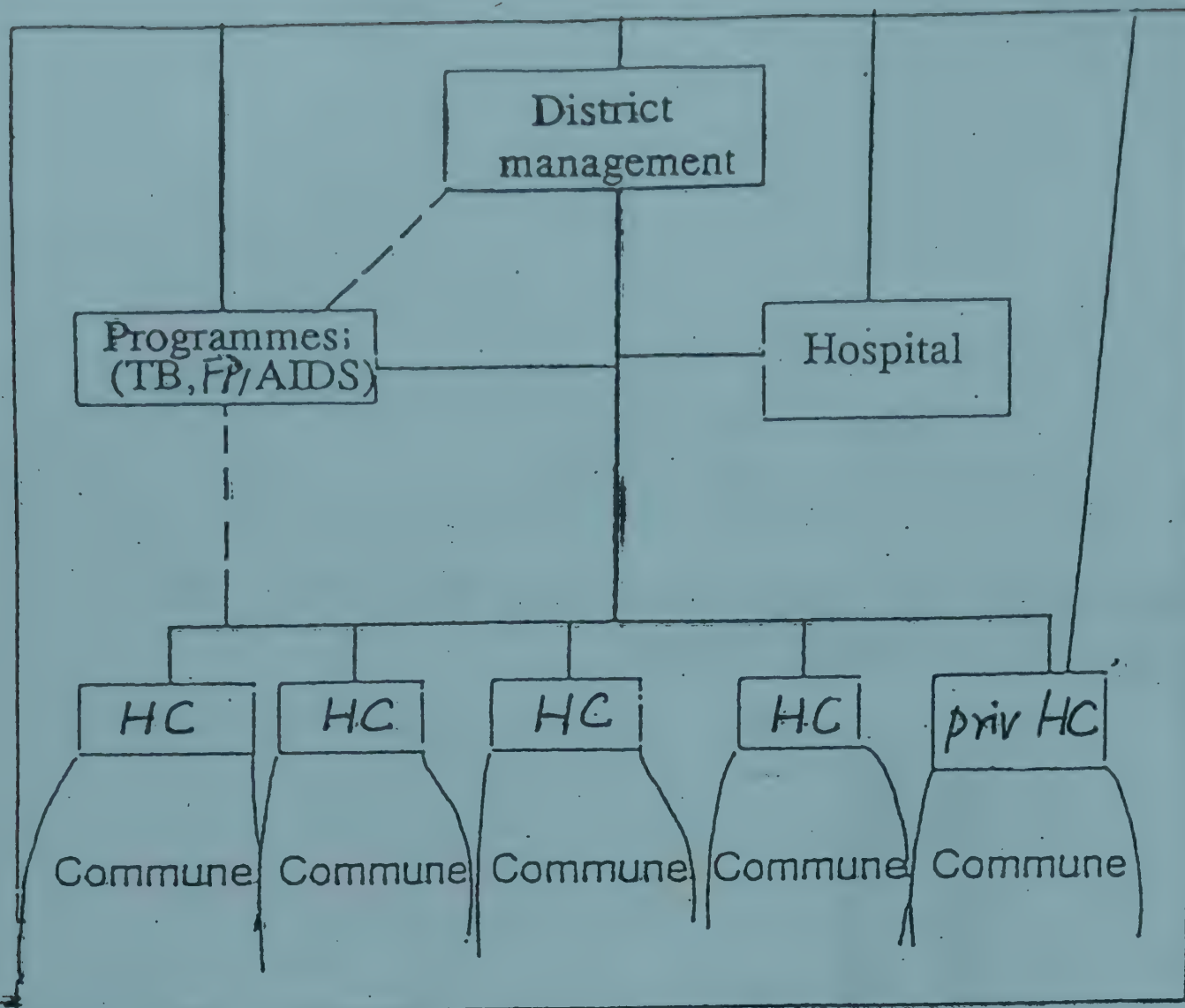
Developing nations: net transfer of resources 1980-1988



Sample of 98 nations, covering private direct investment, private loans, official flows

Source: United Nations World Economic Survey 1989, published by the UN Department of Public Information, September 1989, and reproduced in *Recolonization or Liberation*

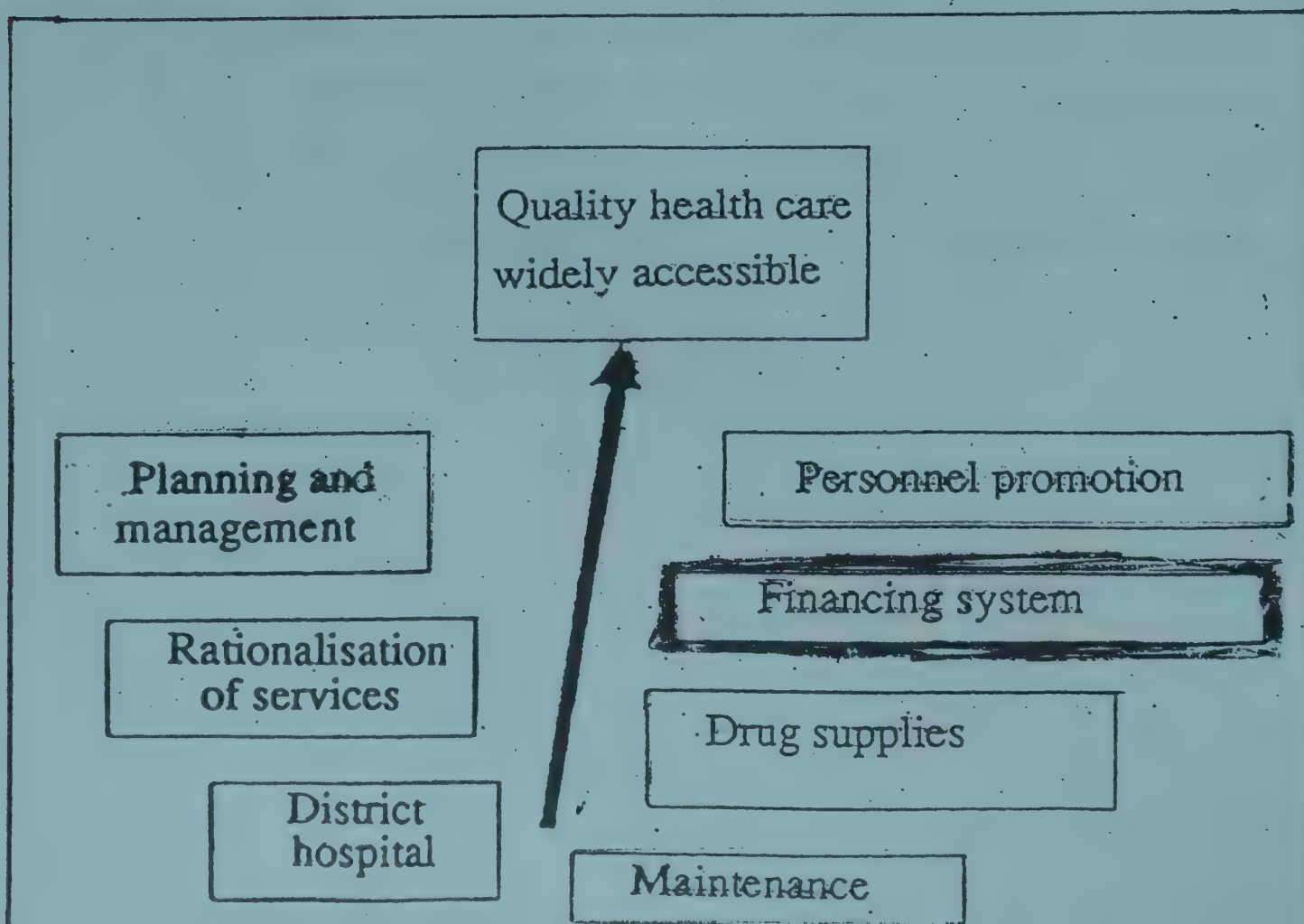
tab 4



4

- features:
- * 2 levels
 - * Integration
 - * Budgeting
 - * Minimum service package
 - * Community participation

Tab 5



Conception

Tab. 6

1. Constatations préalables

- Soins gratuits: pas réalisables
- manque de contrôle + gestion déficitaire
→ gaspillage et abus

2. L'objectif

- offre de soins de santé qualitativement acceptable
- accès à ces soins pour le plus possible de la population

3. Principes

- recouvrement des coûts (c. recovery)
- partage des coûts (c. sharing)
- diminution des coûts (c. saving)

4. Methodes

- Générer des fonds supplémentaires
 - * ↑ contribution de l'état
 - * frais d'utilisation
 - * rationalisation des services
 - * appui d. organisations externes
- Analyses & Etudes
 - * conditions + comportement popul.
 - * Coûts + ressources fin. services
- Mode de paiement & Tarification
 - * par acte
 - * par épisode
 - * système de paiement
 - * assurance maladie
 - * tarifs: trade-off

- Budgetisation

Tab. 8

- Outils de gestion fin. transparent

- * livres

- * compte bancaire

- * comptabilité (analytique)

- * Cogestion

Demarques pour la rationalisation

- politique des médicaments ess.
- redéploiement du personnel
- supervision intégrée
- contrôle efficace
- planification & organisation rationnelle
- réduction des soins irrationnels

5. Conditions cadre préalables

- legalisation des soins payants
- décentralisation (autonomie financ.)
- legalisation de la cogestion
- politique des médicaments essentiels

Coûts

d'investissement

construction
equipment
amortissement?

de fonctionnement

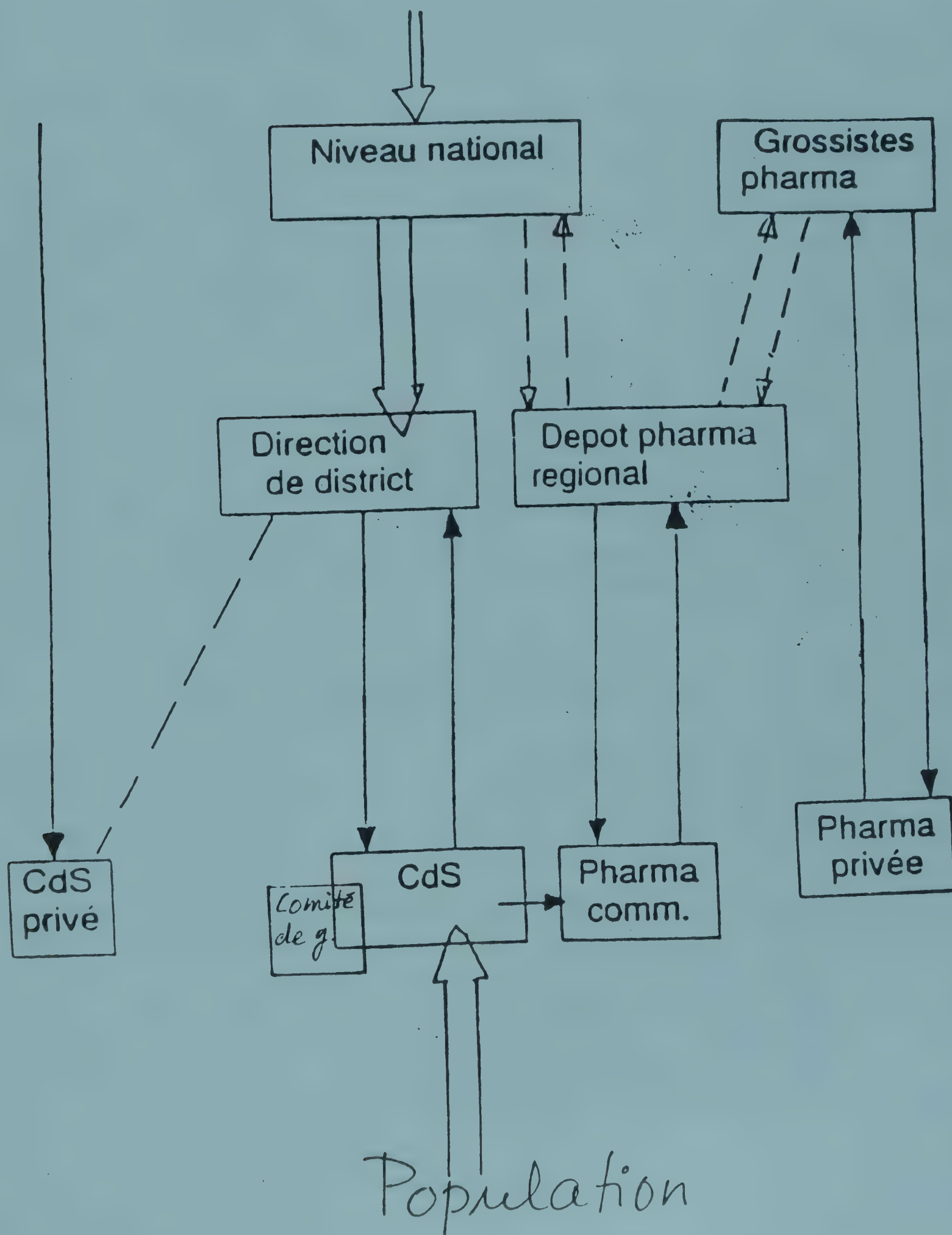
fixes

salaires
electric.
eau
amortissement

variables

medicament
consommables
transport
formation

Financement du District de Santé



Le financement communautaire des services de santé

Des points-clés (key-issues)

tab 14

1. La population: conditions socioéconomiques et perception

- * pouvoir d'achat
- * dépenses pour la santé
- * genre de soins
- * disponibilité de l'argent
- * indigence
- * mode de paiement
- * organisations d'entraide

2. Le Service de Santé et sa Commune

- * analyse de financement:
 - analyse des recettes
 - analyse des dépenses
 - degré de recouvrement de coûts
 - coûts par type d'activité
- * possibilités de rationalisation
- * participation communautaire
- * budgétisation
- * gestion financière
- * mode de paiement
- * tarification

3. La Stratégie des Médicaments Essentiels

- * cadre légal
- * schémas standardisés
- * organisation et gestion
- * fixations des prix
- * implication du secteur privé

4. La Direction du District: attribution

- * cadre légal
- * organisation et gestion
- * assistance technique
- * formation
- * recherche opérationnelle
- * implication du secteur privé

* Analyse de financement

Exemple (Guinée 1991)

1

Récettes			Dépenses		
Etat	104470	54,6%	Personel	113685	59,4%
Patients	52381	27,4%	Médicament		
Communes	4741	2,5%	+Vaccins	36747	19,2%
UNICEF	8527	4,5%	Supervision	11483	6,0%
GTZ	15942	8,3%	Transport	7847	4,1%
Autres	5328	2,8%	Bureau	6125	3,2%
(Missions)			Equippement	7847	4,1%
			Maintenance	7655	4,0%
total	191389	100,0%			100,0%

2

Le degré de recouvrement des couts: par des recettes provenant
des patients = 27,4%
patients et la commune = 29,9%
patients, commune et l'état = 84,4%

3

Ventilation des couts par type d'activité

	Admin.	Super- vision	Transport (autres)	Curatif	CPN	CI	Maternité
Salaires							
Médicaments							
Supervision							
Transport							
Bureau							
Equippement							
Maintenance							
Total							

16

L'HOPITAL DE DISTRICT: SON FONCTIONNEMENT AU SEIN DES SERVICES DE SANTE DE DISTRICT.

SEMINAIRE-ATELIER DU 23 AU 27 NOVEMBRE 1992 A YAOUNDE/CAMEROUN
ORGANISE CONJOINTEMENT PAR

WHO IMT GTZ

Monitoring financier a l'hôpital: Le cas de l'hôpital secondaire de Bè (Lomé/TOGO)

1. INTRODUCTION GENERALE

La mise en place d'un système de recouvrement de coûts récurrents des services de santé est une priorité de la politique sanitaire du Ministère de la Santé et de la Population au Togo depuis un certain temps. Plusieurs études spécifiques, des séminaires et quelques expériences concrètes ont été réalisés. Il est prévu d'adopter progressivement un système national uniforme à partir de la synthèse des leçons apprises.

A l'heure actuelle au Togo on ne se pose plus de question sur la faisabilité ni l'équité du recouvrement des coûts, mais on réfléchit plutôt sur la meilleure stratégie à mettre en oeuvre.

Pour répondre aux besoins nouveaux liés à la politique de décentralisation et de recouvrement des coûts, une réforme de la comptabilité du MSP sera mise en oeuvre prochainement. Les aspects particuliers de la gestion des formations sanitaires périphériques seront pris en compte. (1)

Par décret présidentiel du 26 décembre 1990 (N°90-192/PR), toutes les formations sanitaires publiques sont autorisées à utiliser les recettes provenant des prestations de soins pour leur réapprovisionnement en médicaments essentiels et pour les principales dépenses de fonctionnement.

1.1. QUELQUES DONNEES DEMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE SUR LE TOGO: (CARTE DU TOGO - ANNEXE 1)

Le Togo s'étend sur une superficie de 56.600 km². Sa population est estimée à 3,8 millions d'habitants en 1992. Le taux de croissance est 3,1% et l'indice synthétique de fécondité 6,6 (2). Avec un PNB (Produit National Brut) par habitant de 400 dollars en 1990 (Banque Mondiale, 1992) le Togo est classé parmi les pays les moins avancés du monde.

En 1992, il est classé 132^e par le Rapport mondial sur le développement humain du PNUD (PNUD, 1992).

Les principales sources de revenus au Togo sont: L'agriculture (productions vivrières et animales, cultures de rente comme: café, cacao, coton, palmier à huile, arachide) et le secteur industriel d'une façon très modeste (phosphates, marbre, carrières privées de sable et de graviers exploitées de façon artisanale).

L'exode rurale joue un rôle important et il apparaît que les centres urbains abritent une population de plus en plus importante. Il est estimé qu'en 1992 un Togolais sur trois vit en milieu urbain.

1.2. LE QUARTIER DE BÈ:

Le quartier de Bè est l'un des quartiers de la commune de Lomé, capitale du Togo et représente un des plus peuplés et des plus défavorisés. Les limites d'urbanisation du quartier sont difficiles à fixer car différentes définitions existent. La superficie du quartier est évaluée à 15 km² en 1981 mais la superficie pour le canton de Bè est de 85 km². Le quartier compte près de 20 sous quartiers. La population de Bè en 1981 était de 92.033 habitants. L'estimation actuelle varie entre 150.000 et 270.000 selon les estimations basées sur le recensement de 1981, le recensement électoral de 1992 et des taux de croissance très variables dans les différents quartiers (5,5 pour tout Lomé). Bè connaît de multiples problèmes parmi lesquels:

- * le chômage des hommes,
- * le manque d'assainissement (accès à l'eau potable, canalisation, routes, ordures, latrines, etc.) et
- * les problèmes liés directement à la santé avec une priorité pour les femmes du quartier (rapport d'évaluation banque mondiale, projet PDU [programme de développement urbain] 1992) (3)

1.3. HISTORIQUE DU PROJET

Le soutien du secteur de la Santé au Togo par la coopération technique allemande a déjà une longue histoire et existe depuis 1959. Le projet dans le quartier de Bè a démarré en 1986 avec la construction d'une maternité dans le but de décongestionner la maternité de la clinique universitaire du CHU. A partir de 1987 le projet proprement dit a commencé.

1.4. OBJECTIFS DU PROJET (annexe 2)

Les objectifs des deux premières phases avaient comme but d'amoindrir les facteurs de risques des femmes et des enfants de Bè par des soins maternelles et infantiles adaptés et accessibles à tout le monde.

Elles visaient surtout à l'amélioration du Centre de Santé avec les composantes suivantes: qualité des services et des soins, formation et recyclage du personnel et des stagiaires, collaboration avec la communauté, programmes IEC (information - éducation et communication), collaboration inter - et intra - sectorielle, harmonisation des méthodes et standardisation.

Rapidement une disparité entre l'hôpital de Bè et les autres centres de Lomé s'est fait remarquer. Des grands problèmes pour toute la ville ont été constatés, dont les principaux sont les suivants:

- * absence de plan de couverture sanitaire pour la ville de Lomé
- * besoins de la population en matière de santé non clairement définis
- * infrastructures insuffisantes en qualité et en quantité
- * insuffisance de compétence des prestataires de soins
- * organisation et gestion du système de santé déficientes
- * soins de santé financièrement inaccessibles à la population
- * insuffisance de la collaboration intersectorielle

Lors du séminaire de planification ZOPP en septembre 1992 la nécessité d'un projet sanitaire visant la totalité de la ville de Lomé est apparue évidente et urgente. Pour cette 3^e phase l'objectif global a été fixé comme suit:

Développer un système de soins urbains pour la ville de Lomé et le mettre en oeuvre.

(Objectif de la phase de 1993 à 1995: La programmation sanitaire urbaine pour Lomé est définie et mise en oeuvre progressivement)

L'objectif pour le Centre de Santé de Bè qui est devenu hôpital secondaire entre temps est défini comme suit:

L'HSBE répond aux besoins de santé de la population de Bè de manière efficace et efficiente en concertation avec les autres formations sanitaires de son "district".

Dans ce nouveau contexte la gestion joue un rôle encore plus important.

2. L'HOPITAL SECONDAIRE DE BE

2.1. PRESENTATION DE L'HOPITAL

L'HSBè est composé d'une polyclinique et d'une Maternité. Il existe une collaboration étroite avec la population. Un comité de Santé, le COSABE, a été créé à l'ouverture de la Maternité. Il participe régulièrement à des réunions et à l'éducation pour la santé dans le cadre du programme IEC. Avant la prise des décisions non techniques concernant l'hôpital de Bè, l'analyse des problèmes et les solutions possibles sont discutés avec le COSABE et une décision est prise en commun.

L'hôpital est doté des services suivants:

- * un service de médecine générale avec:
 - une consultation des malades adultes
 - une petite chirurgie (pansement)
- * un laboratoire
- * une PMI avec les services suivantes:
 - la consultation prénatale - CPN
 - la planification familiale - PF
 - la consultation postnatale - PN-PF
 - la vaccination
 - la surveillance de la croissance
 - l'éducation nutritionnelle
 - la consultation des enfants malades
- * un service social
- * un service d'hygiène
- * un service de maintenance
- * une salle d'hospitalisation journalière avec trois lits pour la polyclinique
- * les différents services de gestion:
 - accueil
 - statistiques
 - planification et études
 - comptabilité
 - dépôt de pharmacie et du matériel
 - administration
 - comité de gestion de fonds
 - entretien et transport
- * une Maternité comprenant:
 - dix salles d'hospitalisation de 60 lits au total
 - une salle d'accouchement avec 5 lits
 - une unité de réanimation des nouveau-nés
 - une salle pour échographie et monitoring
 - une unité de petites interventions chirurgicales (pas de césariennes)

2.2. LE SYSTEME DE TARIFICATION RETENUE A BE

Avant l'ouverture de la Maternité toutes les prestations dans le centre de Santé de Bè étaient gratuites. Seul les carnets de santé étaient vendus aux malades. Quand le centre a commencé à recevoir des accouchements, un prix forfaitaire de 2000 FCFA par accouchement a été fixé au début. La totalité des recettes était versée aux trésor public.

Plus tard avec l'accord de COSABE une augmentation de 200 FCFA par accouchement a été faite et cet argent a été géré par le COSABE pour des dépenses diverses, tels que les salaires de deux manoeuvres recrutés par le comité.

Quand le laboratoire a élargi le spectre de ses analyses, elles sont devenues payantes et la recette restait au centre, gérée par le directeur et le régisseur. (annexe 3)

Une étude socio-économique effectuée par le Prof.Agbodan en 1990 a montré que l'introduction d'un système payant à Bè était possible.

Depuis février 1992 la tarification des prestations a été introduite après des réunions avec le COSABE, les chefs traditionnels et les notables. Lors des réunions, différentes possibilités de faire des recettes pour un système de recouvrement des coûts ont été présentées à la population et c'est la tarification par prestation qui a été retenue. Parallèlement, une pharmacie pour la vente des médicaments essentiels sous nom générique a été installée à l'hôpital de Bè et un membre de la population a été formé pour sa gestion. Les tarifs incluent certains soins et des prestations diverses varient d'un service à l'autre. Les détails sont donnés dans la liste des tarifs (annexe 4).

3. GESTION FINANCIERE A BE

La gestion financière a plusieurs composantes:

- L'administration de la gestion,
- la détermination d'un budget,
- la planification des besoins et l'organisation des achats,
- la comptabilité,
- le contrôle et la supervision des dépenses, la consommation en médicaments, matériel et de l'énergie.

3.1. COMITE DE GESTION DE FONDS (CGF).

Un an avant l'introduction de tarification, en février 1991, l'idée de la création d'un comité de gestion de fonds a été retenue. En octobre 1991 un règlement intérieur (annexe 5 - REGLEMENT INTERIEUR PROVISOIRE DU COMITE DE GESTION DES FONDS DU CENTRE DE SANTE DE BE) a été voté.

L'assemblée de CGF est composée comme suit:

- 5 membres de COSABE
- 5 membres de l'HSBè
- 2 conseiller GTZ, sans droit de vote

Le CGF a élu son bureau exécutif (B.E.) composé de 5 membres.
Le CGF a pour buts:

- * d'assurer la gestion comptable et financière des fonds récoltés par l'HSBé:

- * de déboursier les fonds récoltés pour:

- l'achat et le renouvellement des médicaments essentiels, des fournitures médico-chirurgicales et des produits de laboratoire;

- la rémunération du personnel additionnelle engagé par l'hôpital et/ou le COSABE;

- assurer partiellement les dépenses d'entretien de l'hôpital;

- assurer d'autres dépenses préalablement approuvées par le CGF.

Le bureau exécutif assure la direction du CGF et établit le budget prévisionnel au plus tard 3 mois avant le début de chaque année d'exercice.

3.2. LES OUTILS DE LA GESTION:

Nous avons introduit plusieurs outils de gestion financière et du matériel:

3.2.1. Bon de Consultation (annexe 6):

Les bons de consultation sont délivrés aux patients suivant la tarification. Une partie est remise au malade et une copie reste pour la comptabilité.

Problème rencontré:

Actuellement il n'y a pas d'autre moyen de contrôle au niveau des services que les chiffres statistiques pour avoir une idée sur le nombre de personnes qui ont payé.

Solution prévue:

Prévoir un troisième bon qui sera déposé à la consultation et contrôler le nombre chaque soir en comparaison avec les livres de consultation ou d'enregistrement.

3.2.2. Bon d'analyse de laboratoire (annexe 7):

Les bons d'analyse sont délivrés à tous les patients suivant le coût des examens demandés.

Les mêmes problèmes que pour les bons de consultation se posent.

3.2.3. Cahier Journal (annexe 8)

Ce cahier sert au régisseur pour ses propres dépenses et pour les entrées que lui même ou le trésorier du CGF engagé par l'hôpital, encaissent. Dans le cahier journal toutes les opérations de recettes - et de dépenses journalières sont inscrites. Il sert donc à contrôler tous les mouvements journaliers.

3.2.4. Livre journal de comptabilité (annexe 9):

Les justificatifs comptables sont inscrit dans le journal de comptabilité dès leur réception. Ce journal a été établi à partir de la compatibilité de la GTZ depuis que les recettes ont été faites par le centre. Un guide pour la comptabilité a été confectionné (annexe 10)

3.2.5. Cahier de recettes (annexe 11):

Dans ce cahier les différentes entrées des recettes sont enregistrées par unité. Ce cahier permet à tout moment de faire le bilan des entrées par service et constitue donc un bon moyen de suivi analytique.

3.2.6. Le cahier de commandes (annexe 12):

Toutes les opérations d'achat et de commande sont portées dans ce cahier et visées par le directeur ou son adjoint avant l'exécution.

3.2.7. Les fiches de stock (annexe 13):

Ces fiches servent à la gestion du matériel et des médicaments.

3.3. LA GESTION DES MEDICAMENTS:

Pour les médicaments ils existent plusieurs niveaux de gestion et des structures en parallèle:

3.3.1. La pharmacie de vente:

Pour cette pharmacie un agent de la population a été formé à l'aide du projet SSP - Région Centrale. La gestion interne se fait conformément au modèle de Sokodé. Il dépose l'argent récupéré tous les jours chez le régisseur qui garde cet argent dans une caisse spéciale en attendant une autre organisation. Cette argent sert au renouvellement du stock de médicaments commandés directement chez Sanavita (annexe 14).

3.3.2. La pharmacie de l'hôpital:

Les médicaments et les consommables au niveau de la pharmacie de l'hôpital sont gérés par le pharmacien et une des surveillantes. Un assistant médical est actuellement en formation pour prendre la place d'un gestionnaire pour tout l'hôpital y inclu ce service.

Au niveau de cette unité la planification annuelle se fait en concertation avec les différents services. La totalité des médicaments et consommables sont stockés dans trois différents magasins du fait de l'absence d'un grand magasin unique.

La pharmacie centrale livre les médicaments et le matériel sur commande par bon de réquisition (annexe 15) aux unités suivantes:

- * La pharmacie de détail où les malades reçoivent les premiers soins à ce niveau; elle sert également pour le personnel de l'hôpital en cas de maladie
- * les équipes de la salle d'accouchement (5)
- * l'hospitalisation à la maternité
- * le service de garde de la polyclinique
- * les armoires d'urgence des médecins

Chaque unité qui reçoit des médicaments doit tenir des fiches de gestion (annexe 18). Pour chaque médicament une fiche est établie et chaque comprimé sorti de ce stock de dotation pour un malade, est inscrit.

4. ETUDES EFFECTUEES POUR ETABLIR UN SYSTEME DE RECOUVREMENT DE COUTS PARTIEL

Pour garantir la pérennité du projet, dès le début, des réflexions sur les possibilités d'introduction d'un système de recouvrement de coûts ont été faites et une étude socio-économique a été effectuée en 1990 par Prof. Agbodan et complétée en 1992 par Dr. Galland (4, 5).

4.1. OBJECTIFS DES DEUX ETUDES

- * Etudier la situation socio-économique de la population de Bè et voir ainsi les possibilités de la population à participer aux frais de Santé.
- * Proposer un concept d'autofinancement partiel de l'hôpital secondaire de Bè
- * Analyser les coûts récurrents réels par service à l'hôpital de Bè
- * Analyser les différentes ressources financières (les ressources dites cachées incluses)
- * Proposer des possibilités de rationalisation en coûts, temps et personnel

4.2. COMPTABILITE ANALYTIQUE DES COUTS DE FONCTIONNEMENT DE L'HOPITAL DE BE: (Voir tableau annexe 17)

L'analyse des coûts par prestations dans les différents services de l'hôpital secondaire a été faite à partir des normes données par acte médical. Dans ces coûts, différentes dépenses sont prises en considération:

- * consommables médicaux
- * supports de gestion
- * blouses et produit d'hygiène
- * entretien, maintenance
- * coûts administratifs

Pour calculer l'amortissement des appareils et de l'équipement potentiellement utilisés, on s'est basé sur les utilisateurs probables calculés à l'aide des chiffres statistiques des trois dernières années et une estimation de survie probable des appareils.

Pour l'entretien et la maintenance l'amortissement du bâtiment est également prise en compte.

Pour comprendre les coûts il faut savoir que l'équipement de l'hôpital secondaire de Bè est d'un standing assez modern permettant surtout en obstétrique un diagnostique, une surveillance et un traitement de bonne qualité.

L'analyse des coûts moyens a donné les résultats suivantes:

laboratoire:	450,05 FCFA
CIME:	285,29 FCFA
CPN:	335,85 FCFA
PN-PF:	135,19 FCFA
Maternité:	
acc.norm.:	2676,78 FCFA
acc.compl.:	3265,93 FCFA
Médecine générale:	
consultation:	168,54 FCFA
pansement:	361,93 FCFA
injection:	257,33 FCFA

Pour la totalité des coûts (toutes ressources inclus) les résultats ne diffèrent pas considérablement des études faites ailleurs.

- * 75 % des dépenses couvre des frais de personnel
- * 10 % pour les consommables médicaux
- * 8 % pour l'entretien et la maintenance

Les différentes ressources disponibles sont à l'heure actuelle:

- * l'état Togolais (surtout les salaires)
- * l'apport de la population (tarifs et médicaments)
- * La GTZ (surtout dans les investissements)
- * UNICEF (pour les vaccins)
- * l'ATBEF (USAID, IPPF, FNUAP pour la PF)
(contraceptifs et équipements)
- * budget autonome de CHU

4.3. CONCLUSIONS, RECOMMANDATIONS

Ces études ont abouti aux conclusions suivantes:

- * si l'état continue sa contribution comme jusqu'aujourd'hui, le recouvrement est possible sans problème;
- * si l'état prend seulement les salaires en charge, il y aura un déficit de l'ordre de 15,4 mio FCFA

A partir des études des propositions de rationalisation ont été faites dans différents domaines:

- * revoir les heures de travail
- * redéployer le personnel (affecter le superflu dans le cadre du district sanitaire)
- * payer des gratifications à partir du rendement des agents
- * contrôler efficacement l'utilisation des consommables
- * acheter les médicaments chez le fournisseur le moins cher
- * introduire des réflexes de gestion des ressources limitées

5. LES FAIBLESSES ET PROBLEMES DU SYSTEME ACTUEL A BE:

Nous avons conscience, que le système de gestion actuel de l'HSBè, montre de multiples faiblesses et nous les avons prises en considération dans la programmation des activités de l'année 1993. Dans cette programmation la meilleure organisation du système de gestion est une des priorités (annexe 18 plan d'action HSBè).

Les outils de gestion sont multiples et pas toujours très simples. On doit essayer de les simplifier.

La comptabilité actuelle n'est pas analytique et cela pose problème maintenant que la tarification est introduite et les dépenses de fonctionnement et d'achat de l'hôpital sont autofinancés par les recettes.

La comptabilité de la GTZ qui avait servi de modèle au début n'est plus très adapté à cette nouvelle situation. C'est pourquoi nous avons déjà prévu de changer l'enregistrement en donnant des codes par service avec des No de comptes différents par chapitre de dépenses (annexe 19).

Cela nous permettra de connaître à chaque moment les dépenses par service et rendra facile la détection des pertes et des gaspillages. La comptabilité sera informatisée et le régisseur sera formé dans la matière. Un comptable sera recruté.

La supervision et l'esprit d'une vraie gestion (financière, consommables, matériel et personnel) à tous les niveaux manque encore.

La collecte des données statistiques n'est pas toujours conforme aux besoins de gestion. Il faut revoir certains indicateurs et réorganiser les statistiques.

Dans le cadre du nouveau projet, le rôle de l'hôpital de Bè dans son district sanitaire avec un système de soutien - recours va être redéfini. Ce système aura une influence sur la gestion et nous devons réfléchir sur comment prendre cela en considération.

Le système de participation de la communauté à la gestion montre aussi beaucoup de faiblesses.

Le CGF n'est pas fonctionnel en réalité. Les membres de la population ne voient pas d'intérêt à participer vraiment à la gestion. Ils n'ont pas encore la conscience, la connaissance de la matière ou pas suffisamment d'influence sur les décisions. Le budget n'a jamais été voté. La volonté du personnel de l'hôpital d'exécuter et de partager la gestion avec la population laisse à désirer.

6. LES ACTIVITES PREVUES POUR RESOUDRE CERTAINS PROBLEMES:

Depuis Septembre 1992 un groupe de travail a été créé pour réfléchir sur les problèmes, trouver des solutions et préparer des études supplémentaires si nécessaire.

Ce groupe se compose de futures membres d'équipe cadre du district, du directeur de l'hôpital, des conseillers GTZ et des professionnels de la population. Ce groupe est en train d'exploiter toutes les études faites dans le cadre du recouvrement des coûts (au projet et ailleurs) et préparer la mise en oeuvre des recommandations. Une enquête au niveau de la population et du COSABE a débuté pour mieux connaître leurs attentes et leurs propositions pour une meilleure participation à la gestion. Nous voulons aussi mieux connaître le rôle réel du comité de santé dans la communauté.

Il est prévu ensuite de revoir l'organisation de la gestion ensemble avec des membres de la communauté de Bè.

Les activités sont programmées comme suit:

- * établir un système de comptabilité analytique,
- * former le personnel de l'hôpital en matière de gestion financière et matérielle
- * définir les rôles et tâches du Conseil d'administration/Comité de gestion/Comité de co-gestion
- * mettre en place le conseil d'administration
- * définir des critères de rationalisation des services de l'HSBè
- * mettre en oeuvre les méthodes de gestion rationnelle (matériel, personnel, activités)
- * former le Comité de Gestion à la gestion de l'hôpital

7. QUESTIONS OUVERTES:

7.1. le rôle et les tâches du conseil administratif, du comité de gestion et de co-gestion, du comité de santé, le comité de développement, de la direction de l'hôpital et de l'équipe cadre du district sanitaire urbain

7.2. Le système de gestion et de supervision en cascade à tous les niveaux

7.3. Les problèmes particuliers dans le système de soutien - recours: comment prévoir dans les tarifs le cas des patients envoyés par les centres médico-sociaux et les évacuations au CHU qui a un autre système de tarification

7.4. La prise en charge de cas sociaux, comment prévoir cela dans la gestion, comment comptabiliser, le même problème se pose pour le personnel de l'hôpital et leurs familles

7.5 La création d'une mutuelle et/ou assurance au niveau de l'hôpital pour faire face au manque d'argent ponctuelle ou saisonnière

COMPTABILITE ANALYTIQUE DES COUTS DE FONCTIONNEMENT DE L'HOPITAL BE 1992

CATEGORIE DES COUTS	TOTAL	ADMINI- STRATION	LABORA- TOIRE	CIME	CPN	PF/PN	MATERNITE		MEDECIN GENERALE			SERVICE TECHNIQUE	
							acc.normal	compliqué	consultation	pansement	injection	hygiène	maintenance
4. BLOUSES ET PRODUITS HYGIENE	1050000	50000	100000	200000	100000	50000	300000	100000	50000	10000	10000	100000	
5. VEHICULES													
carburant	500000	500000											
entretien/réparation	500000	500000											
6. ENTRETIEN/ MAINTENANCE													
batiment	4565520	876800	328800	548000	109600	164400	548000	405520	328800	328800	324000	383600	219200
équipement	4250000	250000	800000	400000	200000	400000	1000000	400000	200000	25000	25000	500000	50000
moblier nonmedical	3633333	40000	10000	50000	40000	50000	50000	20000	10000	5000	5000	41667	41667
7. VIREMENT COSABE	268000						700000						
8. FRAIS COMITE GES.	300000	300000											
9. DIVERS	1000000	1000000											
TOTAL 2 - 10	32734780	4483416	3823011	2898000	3054600	674400	7969381	1631270	1003800	1088800	1501600	1025267	310867
TOTAL GEN. 1-10	123946780												
NOMBRE DES PRESTATIONS													
couts directs/prestation			10000	25000	12000	10000	3000	500	15000	3200	7200		
couts administr./prestat.			382,30	115,92	254,55	67,44	2.656,46	3.262,54	66,92	340,25	208,56		
COUTS TOTAUX PAR PRESTATION hors couts personnel (sal.+primes)			67,75	169,37	81,30	67,75	20,32	3,39	101,62	21,68	48,78		
			450,05	285,29	335,85	135,19	2.676,78	3.265,93	168,54	361,93	257,34		

17

**PRESENTATION SUR LE FINANCEMENT ET LA GESTION
FINANCIERE DE L'HOPITAL DE KISSIDOUGOU**

INFORMATIONS GENERALES

1. La préfecture de Kissidougou est située dans la région forestière de la République de Guinée. Elle consiste une population totale de 183.000 habitants répartis entre 13 sous-préfectures. La population dans une rayon de 5km est de 50.000 habitants.

2. Hôpital préfectoral ou l'hôpital du district.

C'est un hôpital de 65 lits comprenant:

- Un service administratif.
- Un service de médecine - pédiatrie
- Un service de chirurgie - gynécologie
- Un service de laboratoire - pharmacie
- Une thérapie intensive
- Une radiographie
- Un service de consultation externe

Il constitue l'hôpital de référence de 14 centres de santé dont huit fonctionnels ou intégrés (deux centres de santé intégrés existent au chef-lieu de la préfecture).

II. HISTORIQUE DE L'APPUI DU PROJET SANTE RURALE

En 1983, le projet santé rurale a trouvé une infrastructure vétuste avec une pharmacie mal approvisionnée et un personnel non motivé. Depuis le démarrage du projet, la GTZ a constitué au redressement des formations sanitaires et aux frais récurrents. Elle a procédé aussi à la remise en état de l'hôpital de Kissidougou et à mettre en place une pharmacie préfectorale pour assurer un approvisionnement régulier en médicaments.

II. FINANCEMENT DE L'HOPITAL DE KISSIDOUGOU

Selon les résultats d'une étude socio-économique réalisée en 1990 dans le cadre du projet santé rurale, il existe quatre sources de financement actuelles du système de soins :

- Le Gouvernement
- La population
- L'UNICEF
- Le projet santé rurale GTZ

Le Gouvernement Guinéen finance principalement les salaires, l'infrastructure et une petite quantité de matériel et de médicaments. La population quant à elle, paie les médicaments et les prestations de santé. L'UNICEF assure le financement des vaccins et de quelques médicaments.

Le projet santé rurale, enfin prend en charge les coûts d'assistance consultative, de perfectionnement professionnel, du matériel technique, des médicaments, de la rénovation ou de la construction des dispositifs de santé. Le tableau en Annexe montre la divergence des sources de financement selon les formations sanitaires.

Le budget estimatif sur la base des budgets par unité de soins s'établit à 227,9 millions de FG pour la Préfecture de Kissidougou (Hôpital, DPSAS, 14 centres de santé). Pour l'hôpital, le budget s'établira à 97.480.000 FG sur lequel :

- Un financement de l'état de 51.600.000 FG au titre du paiement des salaires.

- L'apport de la population en 1990 de 16 millions de FG environ.

- L'estimation faite à partir des dépenses de population se situe entre 30 et 40 millions des dépenses que les ménages de la préfecture sont susceptibles d'effectuer à l'hôpital (25% des dépenses annuelles totales estimées).

- Le solde à financer par l'aide internationale serait compris entre 6 et 16 millions de FG par an. Il est aujourd'hui de 31 millions de FG par an, soit 32%, mais cet objectif de 6 à 16 d'aide sera atteint avec les mesures de contrôle de la nouvelle tarification mise en place.

Depuis l'introduction de la nouvelle politique des SSP, la population participe aux prestations médicales. Mais cette participation financière risque de se limiter si l'inflation pousse à des tarifs plus élevés.

Même avec les mesures de redéploiement du personnel, il importe que le gouvernement maintienne sa part de financement et qu'il apporte sa contribution pour les salaires et autres postes.

Quant au projet santé rurale, il ne doit pas se limiter seulement à la subvention de la dotation initiale en médicament, mais à identifier des investissements dont profiteront l'ensemble des formations sanitaires.

IV. LA GESTION FINANCIERE DE L'HOPITAL DE KISSIDOUGOU

Depuis la mise en place d'un système de recouvrement des coûts, les efforts considérables ont été faits pour améliorer la gestion de l'hôpital. Elle est loin de la perfection, mais il faut noter qu'elle est loin de celle qui existait avant. Il s'agit surtout de l'organisation du bureau des entrées, du circuit des malades et de l'argent, la confection des outils de gestion, le protocole thérapeutique et de la supervision.

1. Sur le Bureau des entrées et l'accueil

Le bureau des entrées constitue également le bureau d'accueil. C'est le premier point de rencontre avec le personnel de santé où le malade paye son carnet de consultation et reçoit tous les renseignements nécessaires. C'est donc le premier lieu de perception d'argent.

2. Sur le circuit du malade

De la salle d'accueil ou de tri, le malade est dirigé vers un bureau consultation ; trois directions sont possibles après la consultation du médecin :

- soit vers la pharmacie de l'hôpital ;
- soit vers le plateau technique (Laboratoire, Radiologie) ;
- soit vers les pavillons d'hospitalisation.

3. Sur les outils de gestion

Pour permettre un contrôle de tous niveaux et limiter la fuite d'argent, un certain nombre d'outils de gestion ont été élaborés. Il s'agit surtout de :

- Carnet de consultation.
- Fiche des entrées et sorties des médicaments et des recettes.
- Fichier de stock des médicaments.
- Bon de commande des médicaments.
- Fiche de garde.
- Des carnets de reçu
- Le récapitulatif quotidien des activités et recettes.
- Fiche de gestion des médicaments.
- Attestation de versement à la Banque.
- Le registre des dépenses.
- Récapitulatif des dépenses par services.

Tous ces outils ne semblent pas être suffisants pour une gestion transparente de l'hôpital.

Des actions concrètes sont en cours, comme la construction du service externe, l'élaboration d'un manuel de gestion des hôpitaux.

4. Sur la gestion des médicaments

La pharmacie est la "clé de voûte du fonctionnement de l'hôpital. L'introduction d'une fiche de gestion des médicaments est très importante pour permettre un suivi des entrées et des sorties. Une dotation initiale a été fournie par le projet. La pharmacie de l'hôpital s'approvisionne à partir du magasin préfectoral. Les recettes générées par la vente des produits sont versées à un compte à la banque. Ce montant sert au rachat des médicaments.

5. Sur la rationalisation et les primes de motivation

Un effort considérable vient d'être réalisé dans le domaine du redéploiement du personnel. Ceci a été réalisé sur la base du plan d'effectif défini pour le ministère de la santé. Le paiement des primes se fait sur la base d'une évaluation du personnel. Les majors de pavillon évaluent l'ensemble des travailleurs sous l'appréciation du surveillant général de l'hôpital et du directeur. Elles sont payées le 30 de chaque mois en présence du conseil médical de l'hôpital.

6. Sur le recouvrement des coûts

Un système de recouvrement des coûts a été mis en place sur la base des prestations de service. Ceci vise à l'auto-suffisance de l'hôpital grâce aux recettes des consultations de premier recours, des frais d'hospitalisation et des recettes de laboratoire et de radiographie. Ces recettes sont versées à la banque et gérées par le directeur de l'hôpital et le directeur préfectoral de la santé. Pour le moment, les postes de dépenses concernent les frais de fonctionnement et le paiement des primes. Ils se calculent sur la base du 1/3 des recettes (1/3 pour le fonctionnement, 1/3 pour les

primes et 1/3 pour le fond de réserve). Cette procédure nous permet d'éviter l'octroi des primes automatiques et fixes.

V. L'AVENIR DE L'HOPITAL DANS LE DISTRICT SANITAIRE

En réalité, il n'existe pas pour le moment de véritables districts sanitaires. Une grande partie de l'activité consiste en consultations de premiers recours. Le taux de référence entre centre de santé et l'hôpital reste faible. Le malade référé d'un centre de santé n'est pas reconnu comme tel à l'hôpital. Un malade qui doit continuer un traitement après sa prise en charge à l'hôpital n'est pas contre-référé à son centre de santé d'origine.

La politique nationale de santé, vise à l'intégration réelle des hôpitaux et des centres de santé dans de véritables districts sanitaires. Pour cela, des suggestions importantes ont été proposées. Il s'agit surtout de :

1. Améliorer la qualité des prestations par le choix d'une gamme d'examens et de méthodes.
2. Elaboration d'un manuel de gestion des hôpitaux.
3. Amélioration de l'accessibilité financière par un système de ~~pré~~^{paiement} des soins et la mise en place d'une "caisse d'entraide".
4. Renforcement de la participation de la population par la mise en place d'un conseil d'administration de l'hôpital.
5. Mise en place d'une équipe cadre du district.

(Guinée)

Sources de financement des différentes formations sanitaires dans la Préfecture de Kissidougou (coûts courants annuels pour 1990)
Source: Tableaux Annexe VII

	Coûts totaux en 1990	Gouvernement		Population (1)		GTZ (2)		UNICEF		Autres	
		millier FG	%	millier FG	%	millier FG	%	millier FG	%	millier FG	%
DPS	45 775	15 106	33%	5 951	13%	19 226	42%	5 035	11%	458	1%
Hôpital (3)	88 554	47 819	54%	16 825	19%	2 657	3%	0	0%	21 253	24%
CSI de Kissidougou	15 353	6 295	41%	2 456	16%	0	0%	5 834	38%	768	5%
CSI de Banama	3 892	1 868	48%	234	6%	1 635	42%	156	4%	0	0%
CSI de Yende	7 559	4 248	56%	756	10%	2 268	30%	529	7%	0	0%
CSI de Yombiro	3 769	2 224	59%	0	0%	1 470	39%	75	2%	0	0%
CSI de Sangardo	6 484	3 307	51%	584	9%	2 399	37%	65	1%	65	1%
8 CSNI	19 999	14 424	72%	3 335	17%	2 240	11%	0	0%	0	0%
TOTAL	191 385	95 291	50%	30 140	16%	31 893	17%	11 694	6%	22 543	12%

Source: Composé à partir des tableaux figurant en ANNEXE VII

- (1) Les patients paient davantage dans les CSI. Toutefois, les sommes sont fixées et ne servent pas encore au financement
- (2) La GTZ continue d'assurer le financement des médicaments dans les CSI
- (3) Les pertes de l'hôpital résultant du fait que les sommes d'argent versées par les patients ne sont pas toutes comptabilisées constituent la source de financement "Autres"

18

7. Find the Cases

- * 15.000 KM2
- * 195.000 HABITANTS
- * SYSTEME A DEUX ECHELONS :
 - 20 CENTRES DE SANTE,
DONT 4 EN VILLE
 - UN HOPITAL DE REFERENCE
- * EQUIPE CADRE DE 4 MEDECINS EN MOYENNE
ADMINISTRATEUR
RESPONSABLE NURSING
- * CENTRES DE SANTE RESPONSABLE POUR ENVIRON
10.000 PERSONNES
EQUIPE DE 3 AGENTS
- * COUT DE FONCTIONNEMENT 1986 :
+/- 3 \$ US/HAB/AN (INCLUS SALAIRES EXPATRIES,
SUPERVISION URESP)

* CONSENSUS:

FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE

IMPORTANT

ET INDISPENSABLE

MAIS NE PEUT
PAS FINANCER
TOUT LE
SYSTÈME

* PAS DE CONSENSUS :

— QUELLES ACTIVITES DANS LE PAQUET DE SOINS

FAUT T'IL SUBSIDIER ?

(ÉTAT / COOPÉRATION BI-MULTI)

— QUELLES ACTIVITES PLUS PROPICES A UN

FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE ?

— ET POURQUOI ?

PRINCIPES DIRECTEURS APPLIQUES A KASONGO :

- * UN PAIEMENT POUR LES SOINS PAR UTILISATEURS DOIT ETRE UNE OPPORTUNITE POUR LES GENS DE PARTICIPER A LA GESTION DES SERVICES DE SANTE

A PRIORI PLUS FACILE SI:

- ACTIVITES A TECHNICITE FAIBLE
- ACTIVITES SITUEES PRES DES GENS, SOUVENT UTILISEES

- * UN PAIEMENT POUR LES SOINS DOIT CONTRIBUER A UNE UTILISATION RATIONNELLE DU SYSTEME DE SOINS, ET NE DOIT PAS CONSTITUER UNE BARRIERE A LA CONTINUITE DE SOINS A L'INTERIEUR DE CE SYSTEME DE SOINS

A KASONGO L'OPTION PRISE ETAIT DE LIMITER LE
FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE COMPLEMENTAIRE AU
PREMIER ECHELON, ET DE SUBSIDIER LE COUT DE
L'HOPITAL DE REFERENCE PAR DES FONDS EXTERIEURS

CHOIX DU MODE DE PAIEMENT: (CS)

- PAS FONCTION DU COUT INDIVIDUEL DES SOINS,
- MAIS FONCTION DU COUT DE FONCTIONNEMENT TOTAL DU CS
DU NOMBRE TOTAL UTILISATEURS

* CONTINUITE DES SOINS

* SOLIDARITE

* RESPONSABILISATION FORFAIT/EPISODE MALADIE

* VIABILITE FINANCIERE EPISODE DE RISQUE

EN PRATIQUE:

DEUX DISTINCTIONS :

1. SYSTEME VERSUS HORS SYSTEME (FLUX / origine)

" SYSTEME "

" HORS SYSTEME "

- PATIENTS HABITANT L'AIRE
DU DISTRICT,
COUVERTS PAR UN CS,
REFERES PAR LE CS

- PATIENTS HABITANT L'AIRE
DU DISTRICT, MAIS NON
COUVERTS PAR UN CS ET
VENUS DIRECTEMENT A
L'HOPITAL
(DISPENSARE HOPITAL)

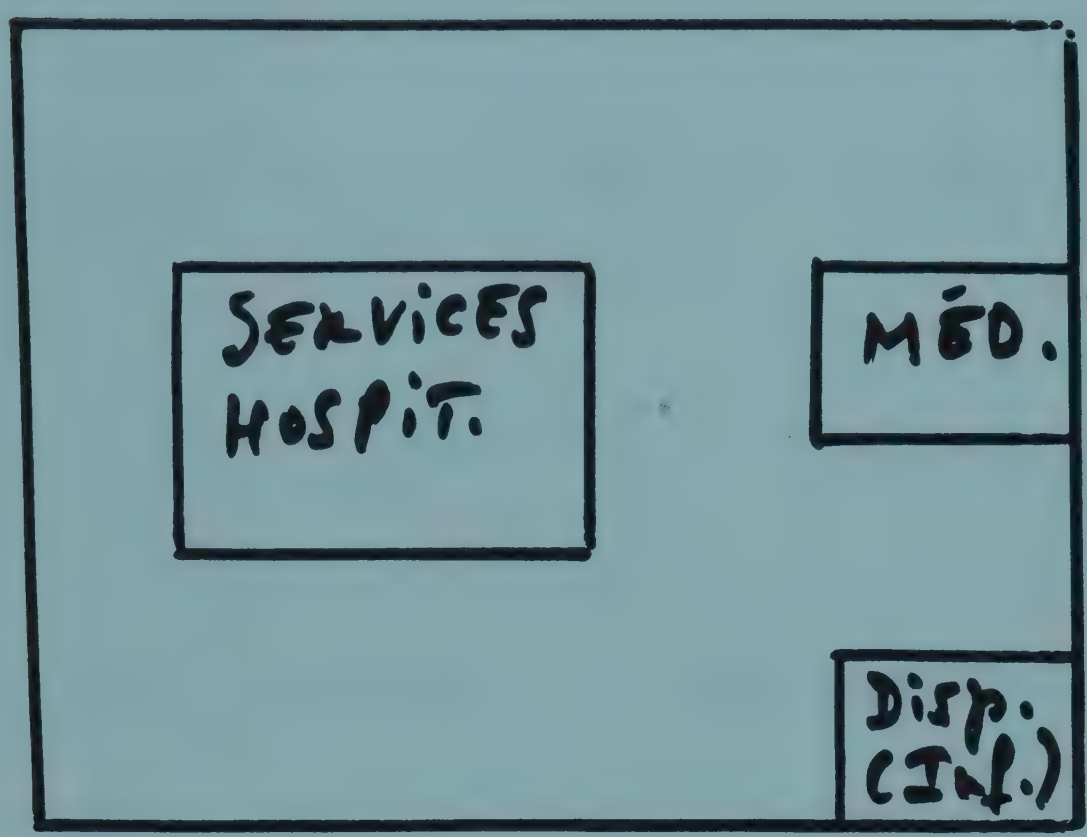
- TOUTES URGENCES
REFERES OU PAS

- PATIENTS HORS DISTRICT

- PATIENTS COUVERTS PAR UN
CS, MAIS QUI ONT COURT-
CIRCUITE CS POUR DES
SITUATIONS NON URGENTES

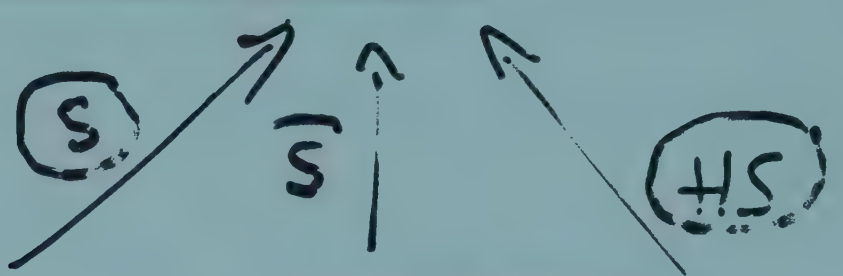
CS U.I.
CS P.A.R.

(S)



NON URGENCES

HS



Pt. NON
COUVERT
PAR UN
C.S.
(DISTRICT)

URGENCE
(DISTRICT)

HORS
DISTRICT

(S) = "SYSTÈME"
(HS) = "HORS SYSTÈME"

Table 1: Evolution of proportion of patients attending the hospital's out-patient clinics versus the health centre's out-patient clinics.
(period 1973-1983)

Year	(= DISPENSAIRE) Hospital OP Clinics (first access health facility)		(= CENTRES DE SANTÉ) Health Centres OP Clinics		Total
	N	%	N		
1973	11,780	<u>47.</u>	13,522	- 53%	25,302
1974	10,880	30	25,308		36,188
1975	7,726	19	34,013		41,739
1976	5,943	12	42,348		48,291
1977	7,000	13	45,000		52,000
1978	7,226	17	34,410		41,636
1979	7,774	14	46,639		54,413
1980	7,792	13	54,362		62,334
1981	6,599	11	54,589		61,188
1982	3,245	7	42,000		45,245
1983	2,572	6	39,883		42,455
1987	1,050	<u>1.9</u>	54,381	- 98%	55,431
1989	(data not available)		59,285		

(Source of data from 1973 until 1983: Pangu K.A., La "Santé pour tous" d'ici l'an 2000: c'est possible. Expérience de planification et d'implantation des centres de santé dans la zone de Kasongo au Zaïre. PhD thesis, Free University of Brussels, 1988.
Source of data for 1987 and 1989: Annual reports 1987, 1989).

2. "BESOINS" VERSUS "DEMANDE" (NATURE PROBLÈME SANTÉ.)

BESOINS

- SOINS JUSTIFIES
(PRIORITAIRES)

DEMANDE

- SOINS NON JUSTIFIES
- SOINS JUSTIFIES MAIS
PAS POSSIBLE D'OFFRIR
DANS LES LIMITES DES
RESSOURCES DISPONIBLES
(NON PRIORITAIRES)

(60 2412... 105 \$ 15...

SYSTEME HORS SYSTEME

4. CHIRURGIE

BESOINS (= SOINS JUSTIFIES PRIORITAIRES)

- HERNIE ETRANGLEE	GRATUIT	1.500
- APPENDICECTOMIE	"	1.500
- SPLENECTOMIE	"	1.500
- LAPARATOMIE	"	1.500
- CESARIENNE	"	2.000
- HYSTERECTOMIE	"	2.500
-		
- RESECTION FRENULUM LANGUE	"	300
- ABCES: INCISION+DRAINAGE	"	300
- EXTRACTION DENTAIRE	"	300
-		

DEMANDE (= SOINS JUSTIFIES NON PRIORITAIRES)

- ABLATION TUMEUR BENIGNE	800	1.200
- CIRCONCISION	200	400
- HYDROCELECTOMIE	1.000	1.500
- HERNIE INGUINALE	1.000	1.500
-		

COMMENTAIRES

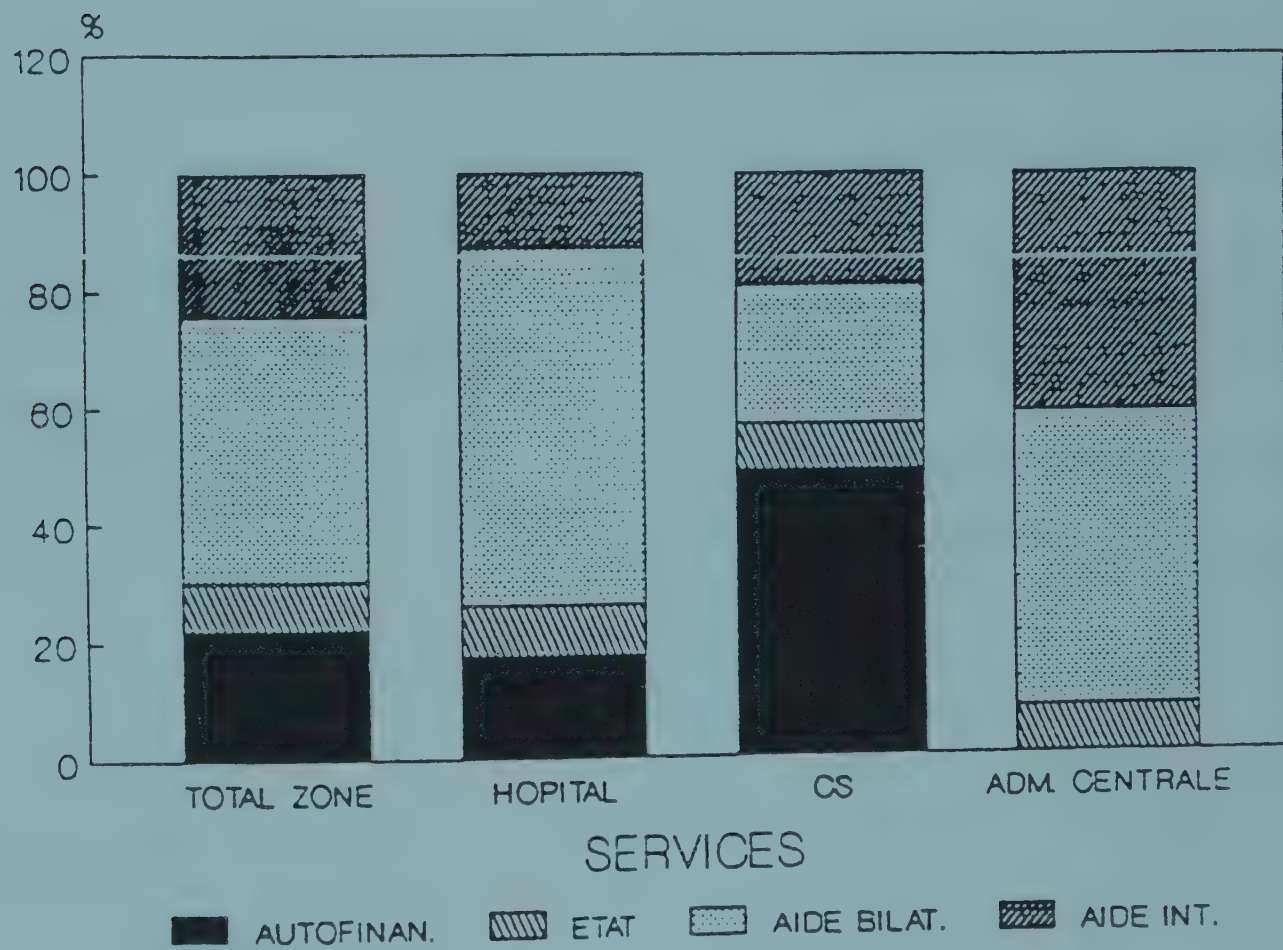
RATIONEL DE CE SYSTEME :

SAUVEGARDER UN SYSTEME DE SERVICES DE SANTE DE DISTRICT VIABLE POUR LA POPULATION VIS-A-VIS DE LAQUELLE LE SERVICE A PRIS UNE RESPONSABILITE EXPLICITE.

DISCRIMINATION POSITIVE :

- * *DE PATIENTS HABITANT L'AIRE DU DISTRICT*
- * *DE PATIENTS QUI N'ONT PAS COURT-CIRCUITE LE CS*
- * *DE PATIENTS QUI PRESENTENT UN PROBLEME DE SANTE JUGE PRIORITAIRE*

FIGURE 12.2
FINANCEMENT DES DEPENSES DE LA ZONE
DE KASONGO SELON LES SERVICES EN 1988.



LA DISTINCTION SOINS JUSTIFIES PRIORITAIRES ET SOINS JUSTIFIES NON PRIORITAIRES DOIT ETRE RECONSIDEREE REGULIEREMENT.

CETTE DYNAMIQUE EST IMPORTANTE, SINON RISQUE D'ARBITRAIRE !

DISTINCTION FONCTION DE :

- * *GRAVITE DU PROBLEME*
- * *FREQUENCE*
- * *RESSOURCES DISPONIBLES*

→ Choix

GÉNÉRER RESSOURCES FINANCIÈRES ADDITIONNELLES

1. "SHIFT" PRIORITÉS DANS LES SOINS JUSTIFIÉS

ex: 1986

OPERATION POUR
• LIPOME
• MYOME UTÉRIN
(HYSTERECTOMIE
NON URGENTE)

= SOINS JUSTIFIÉS PRIORITAIRES

1987

"SHIFT" VERS SOINS
JUSTIFIÉS NON PRIORITAIRES.

2. CONTRIBUTION FINANCIÈRE PREMIER ECHELON (C.S.) AU FONCTIONNEMENT DU DEUXIÈME ECHELON (HÔPITAL)

A PARTIR DE 1986 :

CONTRIBUTION FINANCIÈRE ~
POSSIBILITÉ D'UTILISER L'HÔPITAL

~ NOMBRE D'HABITANTS

~ POSSIBILITÉS TRANSPORT

~ DISTANCE

~ DISPERSION POPULATION

⋮

→ ÉTABLISSEMENT DE COEFFICIENTS
PAR C.S.

1. Coefficient de densité

2. Coefficient de transport

⋮

3. Coefficient de distance

FORMULE UTILISÉE :

NOMBRE D'HABITANTS	X
COEFFICIENT DISTANCE	X
COEFFICIENT TRANSPORT	X
COEFFICIENT DISPERSION	X
FORFAIT *	

* FORFAIT en 1986 = 1 ZAÏRE
FORFAIT en 1988 = 2 ZAÏRES

Table 3. Yearly contributions in Zaïres (per health centre) to the operating costs of the referral hospital (1986).
(in 1986, the av. exchange rate was 60 Zaïres for one US \$).

Health centre	Number of inhabitants		coeffic. distance		coeffic. transport		coeffic. scatter		total/ year
HC 1	12,466	✕	1	✕	1	✕	1	✕	12,466
HC 2	10,233		1		1		0.7		7,163
HC 3	11,715		1		1		1		11,715
HC Kipaka	12,333		0.7		0.8		0.7		4,835
HC Kieshi	6,283		0.7		0.8		0.7		2,463
HC Sengamali	11,096		0.8		0.8		0.8		5,681
HC Mulangabala	9,022		0.8		0.8		0.8		4,619
HC Nianga	9,800		0.4		0.7		0.4		1,098
HC Kabumbu	4,716		0.3		0.2		0.3		85
HC Kunda	11,639		0.5		0.6		0.5		1,746
HC Rudika	8,953		0.7		0.5		0.7		2,193
HC Kongolo	5,000		0.7		0.5		0.7		1,225
HC Lupaya	7,168		0.9		0.9		0.4		2,322
HC Mwanandeke	8,978		0.7		0.75		0.8		3,771
HC Kamumba	7,897		0.6		0.7		0.5		1,658
HC Karomo	13,972		0.7		0.6		0.8		4,695
Total	151,271								67,735

Note: From 1988 on, the same coefficients were used, but with a flat rate of 2 Zaïres in stead of 1 Zaïres.

✓
Table 4. Proportion of referred cases by health centre network.
(1988).

Health centre	Total number of new contacts/yr	proportion of referred cases to the hospital (%)
HC 1	5,920	13.6
HC 2	3,555	27.2
HC 3	5,642	12.3
HC 4	2,489	28.8
HC Kipaka	3,682	6.1
HC Kieshi	3,858	2.8
HC Sengamali	3,222	5.0
HC Mulangabala	2,597	12.3
HC Nianga	2,403	2.5
HC Kabumbu	1,607	1.2
HC Kunda	2,637	3.3
HC Rudika	3,595	2.3
HC Kongolo	1,276	4.1
HC Lupaya	1,659	17.8
HC Mwanandeke	(no complete data available)	
HC Kamumba	1,784	3.6
HC Karomo	3,441	2.7
HC Kahambwe	3,580	1.6
Total	52,947	9.1
Urban HC (HC 1,2,3 and 4)	17,606	18.1
Rural HC (all other HC)	35,341	4.6

19

La maintenance de l'équipement des services de santé

①- Principes et Procédés (Stratégies)

rédigé par H. Halbwachs, GTZ, Division de Santé, Population et Nutrition

Au cours des dernières années, l'intérêt attaché à la maintenance de l'équipement des services de santé a augmenté substantiellement au sein des pays en voie de développement. Il est largement reconnu que même les services médicaux de base dépendent du soutien technique dont la fonction ne peut être assurée qu'à travers une stratégie de maintien. Les objectifs d'une telle stratégie sont:

- * Assurer la qualité et la sécurité
- * Application économique des ressources techniques et financières

Un équipement en bon état est une des conditions préalables pour qu'un service médical puisse fonctionner d'une façon sûre et satisfaisante aussi bien du point de vue qualitatif que quantitatif. L'entretien de l'équipement permet d'utiliser le matériel bien plus longtemps et donc d'économiser des moyens financiers. A long terme, un système d'entretien bien établi pourra même devenir rentable.

Bien longtemps, les professionnels du secteur de santé ont considéré la maintenance comme un service à part, de nature simple et purement technologique. Au cours des années, cette image s'est transformée et l'on reconnaît de plus en plus que l'entretien est une question (un secteur) assez compliquée. C'est pourquoi il faut envisager une approche systématique et intégrée:

1. Les services de maintenance doivent faire partie du système de management de santé car

les in- et output habituels sont aussi nécessaires comme pour tout autre service (par exemple service de radiologie, laboratoire). Cela concerne surtout la planification (budget, personnel, etc), la logistique, les systèmes d'information, la supervision, le suivi et l'évaluation, la coordination et la formation.

2. Avant tout, les services de maintenance doivent poursuivre une stratégie systématique (systématisée ?) et préventive car

cette approche réduit sensiblement (à un minimum / minimise) le nombre des réparations nécessaires et donc les coûts et la problématique concernant les pièces de rechange. On peut systématiser la maintenance à l'aide de check-lists et d'un système de rapport qui seront intégrés dans le système de supervision.

(2)

L'approche préventive vise une inspection régulière avec contrôle des paramètres spécifique à chaque équipement et un entretien régulier (par exemple vidanges, calibrage etc). De plus, la formation des utilisateur (voir no. 6) peut être considérée comme une mesure de prévention importante.

3. Les services de maintenance doivent être décentralisés et confiés à un personnel technique interne (in-house) car

une approche systématique et préventive demande la présence d'un personnel de maintenance qualifié ainsi que des ressources matériels à tout niveau des services de santé, et cela en descendant jusqu'au niveau des hôpitaux de district. Des inspections et services de routine sont bien trop chers pour être soustraits (confiés au secteur privé). Un service de maintenance décentralisé devrait être établi suivant la structure de référence du service de santé. Les réparations compliquées et les activités de maintenance de haut niveau doivent être remises au secteur privé. Ceci n'est possible d'une façon efficiente que si l'on dispose de techniciens qualifiés pour assurer la supervision (le monitoring).

4. Les services de maintenance du secteur de (la) santé publique doivent viser particulièrement les tâches de routine car

la formation et l'emploi d'ingénieurs et de techniciens de haut niveau est coûteux et demanderait un fort input en matériel de pointe et en management et cela tout simplement afin de contenter quelques besoins relativement rares et spécialisés. En particulier à partir du niveau de district vers le bas, les équipements ou installations importants sont de nature bien plus simple, tels que les générateurs stand-by, le ravitaillement en eau, la stérilisation, etc. Les problèmes les plus urgents pour les formations de bas niveau naissent de toitures poreuses, de fenêtres cassées ou de mobilier endommagé. Une limitation (concentration) des services internes sur les tâches de routine reviendra bien moins chère et pourra résoudre plus de 50% des problèmes quotidiens tels qu'ils se posent dans un hôpital de district ou dans une installation (formation) d'un niveau plus bas (Principe de Pareto).

En ce qui concerne les véhicules, leur entretien pourrait être généralement confié au secteur privé étant donné qu'il s'agit là d'un service technique traditionnellement bien établi et fourni par un nombre relativement large de garages en compétition.

5. A long terme, les services de maintenance doivent générer des fonds car

dans la plupart des pays en voie de développement, les allocations et salaires importants au sein du service publique resteront dans un premier temps insuffisants. Le personnel qualifié du service de

maintenance peut être facilement séduit par d'autres emplois plus profitables, tels que dans l'hôtellerie. La génération des fonds, comme par exemple par le travail pour un employeur externe, permettra de payer des rémunérations et de procurer des pièces de rechange.

Un simple système d'imputations des charges pourra faciliter sensiblement la planification et le contrôle des finances.

6. Les usagers (le personnel utilisateur) (médecins, infirmiers,...) doivent être formés dans l'entretien de l'équipement opérationnel ainsi que dans la maintenance de base car

manipulation

dans pratiquement tous les pays (même les pays industrialisés) les dommages provoqués par les utilisateurs des équipements reviennent à plus de 70%. La maintenance de base inclue des activités très simples comme par exemple couverture des équipements de technique sensible après utilisation avec des housses de protection, nettoyage du matériel, le simple calibrage,... Fournir des instructions détaillées aux utilisateurs lors de leur formation de base revient à une contribution hautement importante au bon fonctionnement de l'équipement et empêche sa détérioration.

7. Les professionnels de la maintenance doivent participer à la planification et aux achats de l'équipement et des installations car

la maintenance peut devenir très inefficace si le matériel acquirit ne correspond pas aux besoins. Dans ce contexte l'on comprend par matériel impropre un matériel hautement moderne, dont les pièces de rechange sont coûteuses et rarement disponibles, un matériel de basse qualité ou bien un matériel dont l'utilisation (l'emploi) est très compliquée.

La difficulté qui s'oppose le plus au bon fonctionnement d'un système de maintenance naît du fait que l'entretien est presque toujours considérée comme une corvée supplémentaire pour l'administration. Dans le secteur de la maintenance, des groupes d'intérêt bien définis sont pratiquement inexistantes. C'est pourquoi il faut s'engager fermement afin de surmonter les obstacles qui peuvent varier de façon importante entre les différents pays. Pour chaque pays, il faut définir une stratégie spécifique, développée et adaptée peu à peu aux réalités respectives, même au risque qu'une telle expérimentation peut parfois entraîner des erreurs. Jusqu'à présent, les expériences dans ce secteur sont rares et l'on ne dispose pas encore de données éprouvées (certaines, fiables).

Il est évident que lorsqu'on établit un service de maintenance par exemple au niveau du district, cela demande un soutien consultatif substantiel qui dans la plupart des cas ne peut être assuré que par une assistance externe. Il faut tenir compte de ces circonstances lorsque l'on planifie ou révisé des interventions dans le secteur des services de santé de base ou dans d'autres systèmes de santé en général.

INTEGRATION DE LA MAINTENANCE DANS LE SYSTEME DE SANTE

1 - Analyse de la Situation

Le projet a été lancé en 1987 avec comme objectif, l'amélioration de l'efficacité des services de santé dans la province de Majunga ; le partenaire local étant le Service Provincial de la Santé au Ministère de la Santé.

Au départ, le Ministère avait adopté une approche très centralisée, faisant intervenir tous les secteurs du service et à tous les niveaux, y compris le Service de Maintenance. Plus tard, il a été mis en place à Antananarivo, un atelier central de Maintenance avec une demi-douzaine de techniciens et d'ingénieurs et des ressources très limitées. Cette unité était supposée couvrir l'ensemble du pays. Mais dans la pratique, on ne pouvait effectuer que ponctuellement quelques réparations dans un petit nombre d'hôpitaux. Plusieurs formations sanitaires n'ont jamais pu être visitées au cours des 10 à 15 dernières années à cause du très mauvais état des routes. Actuellement, le Ministère développe progressivement une approche plus décentralisée.

Dans ces conditions, une large partie de la province de Majunga demeure en souffrance. Pendant la saison des pluies, certaines zones sont isolées de la capitale Majunga durant plusieurs mois. La superficie totale de la province correspond à une fois et demie celle de l'ancienne Allemagne de l'Est ou l'ensemble des territoires du Bénin et du Congo réunis ; elle compte environ 1,2 million d'habitants. Dans cette région, le secteur public de la santé comprend un hôpital provincial (placé directement sous l'autorité du Ministère et non de l'Administration Provinciale), quatre hôpitaux de premier niveau, 22 centres de santé et 85 postes de santé. L'état de toutes ces formations sanitaires était critique, aussi bien l'aspect médical que le mode de gestion, la situation financière et l'état physique des bâtiments et des équipements. Plus de 60 % des équipements nécessitaient d'être réparés ou étaient ~~en-cours de~~ *irréparables* ~~réparation~~. Pres de 90 % des hôpitaux et centres de santé ne disposaient pas de stérilisateur approprié en état de fonctionnement, entraînant parfois plus de 90 % de cas de septicémie en chirurgie.

Dans le cadre du projet, les points suivants étaient abordés :

- Planification, administration et gestion
- Approvisionnement en médicaments essentiels
- Projets de financement
- Formation professionnelle
- Supervision
- Gestion du système d'information sanitaire et enfin mais pas des moindres :
- Maintenance et approvisionnement en équipements appropriés

Le projet était l'un des premiers à prendre sérieusement en compte, le problème de la gestion des équipements, bien qu'aucune structure de maintenance n'existait dans la zone du projet, en dehors d'un personnel de maintenance peu nombreux et non qualifié ; l'hôpital provincial (qui curieusement n'était pas pris en compte dans le projet), ne disposait d'aucun personnel de maintenance. Il n'existait ni atelier de maintenance, ni budget spécifique de maintenance (c'est toujours le cas). Théoriquement le "budget de fonctionnement" (il s'agit d'un budget général pour toutes les dépenses de fonctionnement) couvre également les dépenses de maintenance. En réalité, à cause des difficiles contraintes financières des services de la santé publique, l'Administration éprouve d'énormes difficultés à dégager des fonds.

2 - Interventions à la Maintenance

L'équipe de planification du projet qui est une unité permanente de soutien à l'administration provinciale de la santé, réalisa peu après que la maintenance ne pouvait pas être exploitée sans l'apport d'une aide spécialisée. Au cours de la première phase du projet (1987 - 1989) des experts locaux et expatriés à court terme ont été embauchés, un outillage essentiel et un atelier de maintenance ont été fournis.

A cause du mauvais état des formations sanitaires, les activités de maintenance pendant la première phase étaient axées principalement ^{sur} aux réparations et aux ^{travaux} interventions urgentes. Les autres activités relatives à la maintenance telles que l'administration, le ^{management} et le développement d'un concept global n'étaient pas suivies de dans une manière intensive.

Vers 1990, l'équipe de planification décida de passer en revue les progrès réalisés jusque là et de développer une stratégie pour un service technique faisant partie de l'Administration provinciale de la santé : les points clefs de la planification étaient :

- Développement d'un cadre organisationnel et administratif (organigramme)
- Développement d'un programme de maintenance préventive planifiée
- Mise en place d'un atelier provincial avec deux techniciens ; cet atelier ayant le rôle de point de référence professionnelle
- Mise en place d'un système de supervision pour la maintenance
- Formation des utilisateurs d'équipements
- Amélioration du système d'approvisionnement en pièces détachées, fourniture des outils essentiels pour les hôpitaux et les centres de santé.
- Développement de la main d'œuvre de maintenance dans les hôpitaux et des centres de santé.

Les derniers concepts constituent le noyau de toute la stratégie. L'idée étant de sélectionner des personnels ayant la bonne volonté de devenir des agents de maintenance dans leur formation sanitaire. Ces personnes reçoivent une formation leur permettant d'accomplir des tâches de coordination et de réparations. Ce niveau pourrait être supervisé par l'atelier provincial. Evidemment, la solution optimale serait de mettre en place au moins dans chaque hôpital, un petit atelier de maintenance et d'y disposer d'un ou de deux techniciens. Cette solution est acceptable comme objectif à long terme ; mais impossible à réaliser actuellement à cause des conditions difficiles de la province de Majunga.

Les efforts à exécuter le planning ont abouti à des résultats encourageants. En particulier la formation des agents de maintenance a été une opération réussie. En 1992, quinze candidats ont reçu deux cours de quatre et deux semaines et demi ; la première évaluation informelle de performance montre que la plupart de ces candidats accomplissent les tâches d'une manière acceptable. Il était devenu clair que cette stratégie fonctionnait bien sous la supervision des spécialistes en maintenance. Les travailleurs moyennement qualifiés tels que les agents de maintenance, auront toujours besoin d'une assistance professionnelle après quelques semaines ou quelques mois.

En outre, bien que ces agents pourraient bien être capables d'effectuer de simples dépannages et des tâches de maintenance simple et même d'identifier correctement des problèmes techniques, la maintenance spécialisée et les réparations doivent être confiées à un personnel spécialisé. A cette date, la supervision est assurée par un expert GTS local. Le Ministère de la Santé, l'atelier central à Antananarivo et l'équipe provinciale de planification expriment la nécessité de reprendre ces activités et de mettre en place un atelier provincial aussitôt que possible. Aujourd'hui, la combinaison des efforts pour la maintenance a pour résultat l'amélioration de la disponibilité des équipements : environ 90 % des équipements essentiels sont maintenant fonctionnels.

L'organigramme propose, dont l'officialisation est attendue au cours de la prochaine phase du projet (1993 - 1996) montre que l'atelier jouera le rôle de liaison entre l'atelier central et les opérations de maintenance des équipements. Ce rôle nécessite des fonds et un pouvoir administratif. Le Ministère a planifié d'entreprendre une étape importante dans ce sens vers l'année 1993. Il s'agira de définir une ligne budgétaire destinée spécialement à la maintenance dans la région, et correspondant à 35 % du budget de fonctionnement annuel de Manungu (soit 160.000 DM). Cette enveloppe budgétaire constituerait une contribution considérable mais ne pourra en aucun cas suffire à couvrir tous les coûts de maintenance, et spécialement des coûts des pièces de rechange.

La formation des utilisateurs (Infirmiers et Administrateurs) a été reprise tout récemment. Les deux premiers cours étaient centrés sur la stérilisation et les équipements dentaires. L'expérience n'a pas duré assez longtemps pour permettre de tirer des conclusions concrètes. Bien qu'il apparaisse, qu'au moins, la motivation du personnel peut être substantiellement stimulée. On peut également observer, de même effet avec la formation des agents de maintenance. Plusieurs personnels des hôpitaux et centres de santé souhaiteraient recevoir cette formation : en effet, d'une part, la fonction d'agent de maintenance semble devenir prestigieuse ; d'autre part, la qualification acquise peut être appliquée hors du service, ayant ainsi une importance économique pour le personnel de santé largement sous-payé.

3 - CONCLUSIONS

Le concept d'un système de maintenance intégré, basé sur l'emploi des agents de maintenance semble avoir réussi dans la province de Matunga. Le développement futur du système aura pour ambition de garantir son soutien. Les problèmes majeurs à développer au cours de la prochaine phase seront :

- Intensification de la coopération avec l'atelier central à Antananarivo et la direction responsable au Ministère, en particulier en vue de l'officialisation de la structure de maintenance et de l'atelier provincial.
- Développement d'un système financier semi-privé (éventuellement par la création d'un organisme *Société prof* ayant une existence légale) "type club".
- Mise sur pied d'une maintenance préventive planifiée : systématisation du contrôle faisant partie de tout le système de supervision.
- Intensification des activités de maintenance avec l'appui de la formation des utilisateurs et des agents de maintenance, et l'extension vers les formations de plus bas niveau.

Les mesures prises et celles envisagées correspondent réellement à "l'état de l'art" (cf. Principes et politiques en maintenance des équipements de santé). En comparaison à la situation dans les autres pays en voie de développement, plusieurs raisons conduisent à croire que le modèle malgache peut en principe être transposé ; mais seulement en principe, parce que le contexte dans chaque pays (ou même chaque province, etc...) nécessite des ajustements et suffisamment de temps pour avoir de l'expérience. Ceci étant, la mise sur pied des services de maintenance est une tâche tout aussi nécessaire que toutes les autres interventions dans les soins de santé : exemple, l'approvisionnement en médicaments essentiels et les projets d'autres financements.

ESCHBORN. 18.11.1992

H. HALBWACHS. GTZ Division de la Santé, Population et Nutrition.

Facteur de dépenses ou non - ?

Les services de maintenance ont été progressivement introduits dans les systèmes de santé publique durant les dernières années. La maintenance assure d'une manière rationnelle concernant les moyens techniques, une meilleure qualité des soins.

les équipements médicaux et techniques. Actuellement, plus de 50% d'appareils médicaux sont inutilisables dans les pays en voie de développement à cause de leur état défectueux. Ceci conduit au remplacement des appareils ou à l'arrêt partiel des soins médicaux. Les deux problèmes évoqués occasionnent des dépenses qui peuvent être évitées par une maintenance préventive systématique. Le calcul des pertes par an sont de l'ordre de 10 à plus de 30% des investissements pour les équipements médicaux et techniques. Les besoins annuels pour une maintenance remontent à 3% jusqu'à 8%, ce qui minimise ces pertes au moins à moitié.

A court terme, il faudra compter avec des coûts élevés pendant les premières années après l'installation d'un service de maintenance. Au début, des investissements importants sont nécessaires d'une part pour l'installation des ateliers, formations de personnel et d'autre part pour la remise en état fonctionnel des équipements. Dans la plupart des pays en voie de développement, cette étape de démarrage ne peut être conquise qu'avec l'aide extérieure. La création de postes pour des techniciens peut s'avérer problématique. Une solution pourrait être au niveau d'un hôpital de district, l'installation d'un atelier avec outillage qui est mis à la disposition d'un technicien du secteur privé. Celui-ci prend en charge comme prestation de contre-partie la réalisation d'une maintenance.

Durant la conception d'un système de maintenance dès le début, des moyens de revenus supplémentaires devraient être envisagés. Un modèle pourrait être l'offre des services de maintenance à des clients externes payants. Des clients potentiels seraient les hôtels, cliniques privées, soins vétérinaires, etc...). La réalisation des systèmes d'organisation dans ce sens devrait être développé par exemple : la création d'équipes de maintenance une fois pour des services internes et externes. Un échange régulier du personnel des équipes assure un équilibre d'intérêts. Les revenus économiques des modèles sus-mentionnés doivent revenir en premier lieu aux techniciens, afin de diminuer les risques de départ.

Concernant des modèles de financement pour des services de maintenance dans les structures de santé publique des pays en voie de développement, les expériences ne sont pas encore suffisantes pour des évaluations profondes. C'est pourquoi cet aspect doit être urgemment pris en considération même si ceci demande aux administrations de santé un travail difficile et beaucoup de patience.



20



Introduction

Les structures sanitaires ont pour tâche de répondre à tout moment aux demandes de la population concernant les soins médicaux. Pour accomplir cette mission, qui a d'ailleurs des aspects importants pour l'économie, l'environnement socio-culturel et le bien-être d'une population, il faut des structures opérationnelles, des ressources humaines qualifiées et aussi un équipement opérationnel adapté au besoin.

Concernant l'équipement et ^{un des} les installations techniques le niveau de disponibilité est ~~le~~ paramètre à observer pour juger de la fonctionnalité des structures sanitaires. Il incombe aux responsables de prendre les engagements nécessaires pour que cette disponibilité se retrouve au niveau exigé.

Un des problèmes central comme l'immobilisation trop fréquente des équipements et des installations a comme conséquences :

- une baisse d'efficacité et de motivation chez le personnel en place
- un manque de crédibilité pour les services de santé en général et pour les hôpitaux en particulier
- une diminution de la rentabilité des investissements
- un accroissement de la mortalité et de la morbidité

(pour ne mentionner que les quelques effets désagréables d'une situation pareille).

Comment agir?

Rappelons nous la définition de la maintenance:

Elle est définie comme étant "l'ensemble des actions permettant de maintenir ou de rétablir un bien dans un état spécifié ou en mesure d'assurer un service déterminé" (dans notre cas les services de santé)

Cela signifie effectuer des opérations comme dépannage, graissage, visite, réparation, amélioration etc, qui permettent de conserver le potentiel des appareils et équipements et ainsi assurer la continuité et la qualité des services de santé et aussi réaliser ces opérations a un coût global optimum.

Les différentes méthodes de maintenance:

- maintenance corrective

Définition: maintenance effectuée après défaillance

- maintenance préventive systématique

Définition: maint. prév. effectuée selon un échéancier établi selon le temps ou le nombre d'unités d'usage.

Les conditions d'applications sont: connaître le comportement du matériel; les usures; les modes de dégradations; temps moyen de bon fonctionnement entre deux avaries.

(exemple: équipements soumis à la législation comme des ascenseurs, réservoirs sous pression, extincteurs etc.)

- maintenance préventive conditionnelle

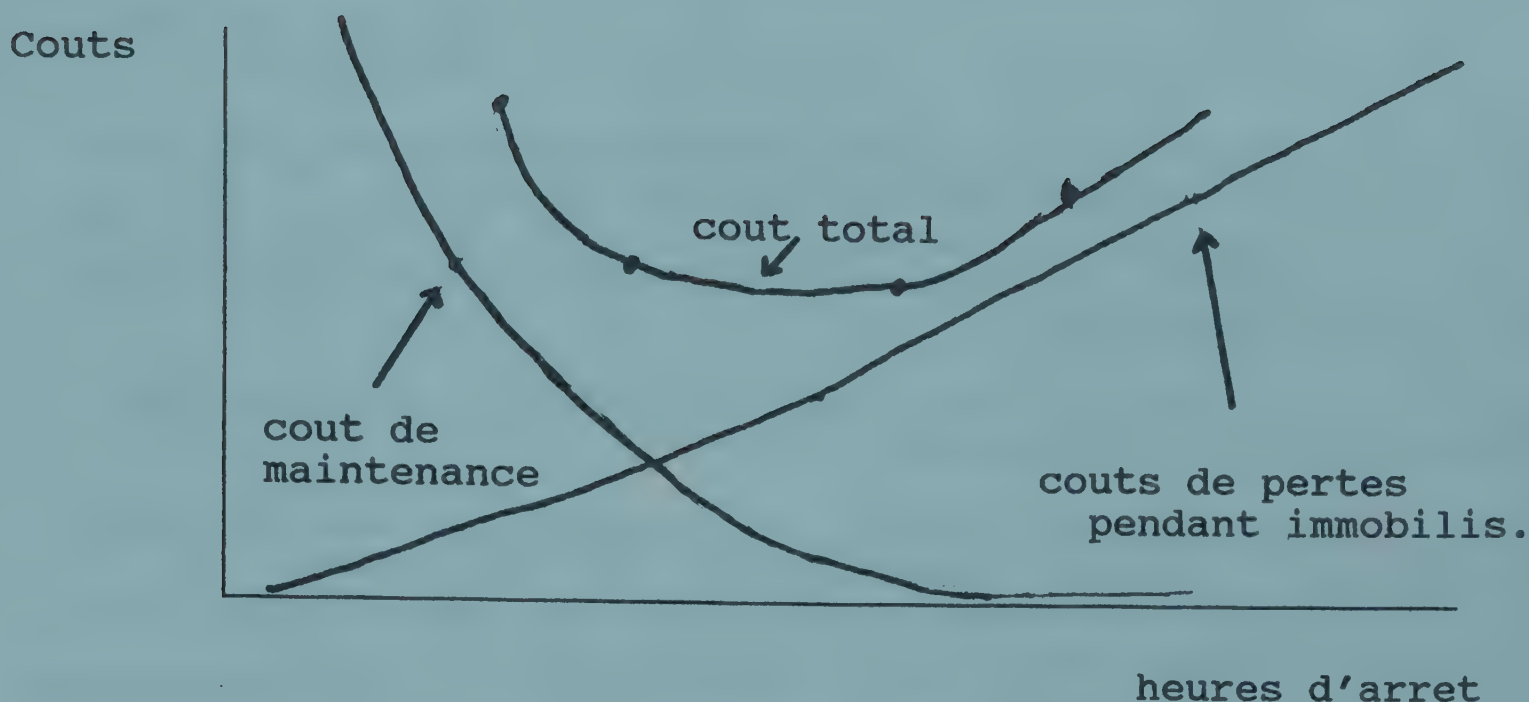
Définition: maint.prév. subordonnée à un type d'événement prédéterminé. Elle se caractérise par la mise en évidence des points faibles.

Mise en place d'une politique de maintenance;

Pour diminuer le problème de l'immobilisation des équipements trop fréquents et en conséquence mieux amortir les investissements et en même temps optimiser les coûts des services de maintenance, il y a différentes actions à mener. Les points les plus importants sont:

- A) Organisation et encadrement d'un service de maintenance (p.e. description de postes, implantation du service dans l'organigramme des hôpitaux etc.)
- B) Formation du personnel utilisateur pour mieux manipuler les équipements.
- C) Mettre en place du personnel technique compétent pour la maintenance curative et préventive.(interne)
- D) Formation continue du même personnel technique.
- E) Mettre en place les budgets nécessaires pour des services de maintenance interne ou externe.

Nous allons nous concentrer sur le point E) et en analyser les coûts.



Pour que l'administration puisse mieux estimer les besoins financiers pour les différentes méthodes de maintenance elle a besoin de données de base comme:

1) coût d'investissement de l'équipement

A partir du type de matériel on peut estimer le coût de fonctionnement p.e.:

Stérilisateur	3 à 10 % /an
Equipement d'anesthésie	8 à 15 % /an

Ces chiffres ne sont pas toujours valables ~~surtout~~ pour les pays en voie de développement ou p.e. l'environnement hostile peut jouer un rôle important (humidité, poussière, étanchéité des bâtiments etc) dans l'augmentation des coûts. De plus, pour satisfaire de telles demandes, dans la majorité des cas, les budgets ne sont pas suffisants.

- 2) coût par heure de travail pour le personnel appartenant au service de maintenance interne
- 3) coût pour des services de maintenance externes
- 4) coût pour les consommables, pièces détachées et matériel (p.e. consommables pour maintenance préventive)
- 5) coût d'investissement des structures de maintenance (outillages et locaux nécessaires)
- 6) Frais pour le fonctionnement du service de maintenance (moyen logistique, imprimeries, coût d'énergie, stockage etc.)

point 2) Il faut définir les coûts effectifs par heure de travail pour le personnel- paramètres nécessaires:

- salaire mensuel
- + - coût divers

Sur les cartes historiques de chaque appareil sont indiqués les heures de travail des techniciens, le nombre d'interventions, les consommables et pièces détachées utilisés et en conséquence, le cout de la maintenance préventive peut etre aussi identifié.

point 3) Pour les services externes connaitre les taux/heure et les frais de déplacement.

point 4) Connaître les besoins en consommables, éventuellement les besoins en pièces détachées pour la maintenance préventive, par l'intermédiaire des cartes historiques et de la documentation technique pour chaque équipement .

Une autre source provient des listes de prix pour consommables et pièces détachées des fournisseurs.

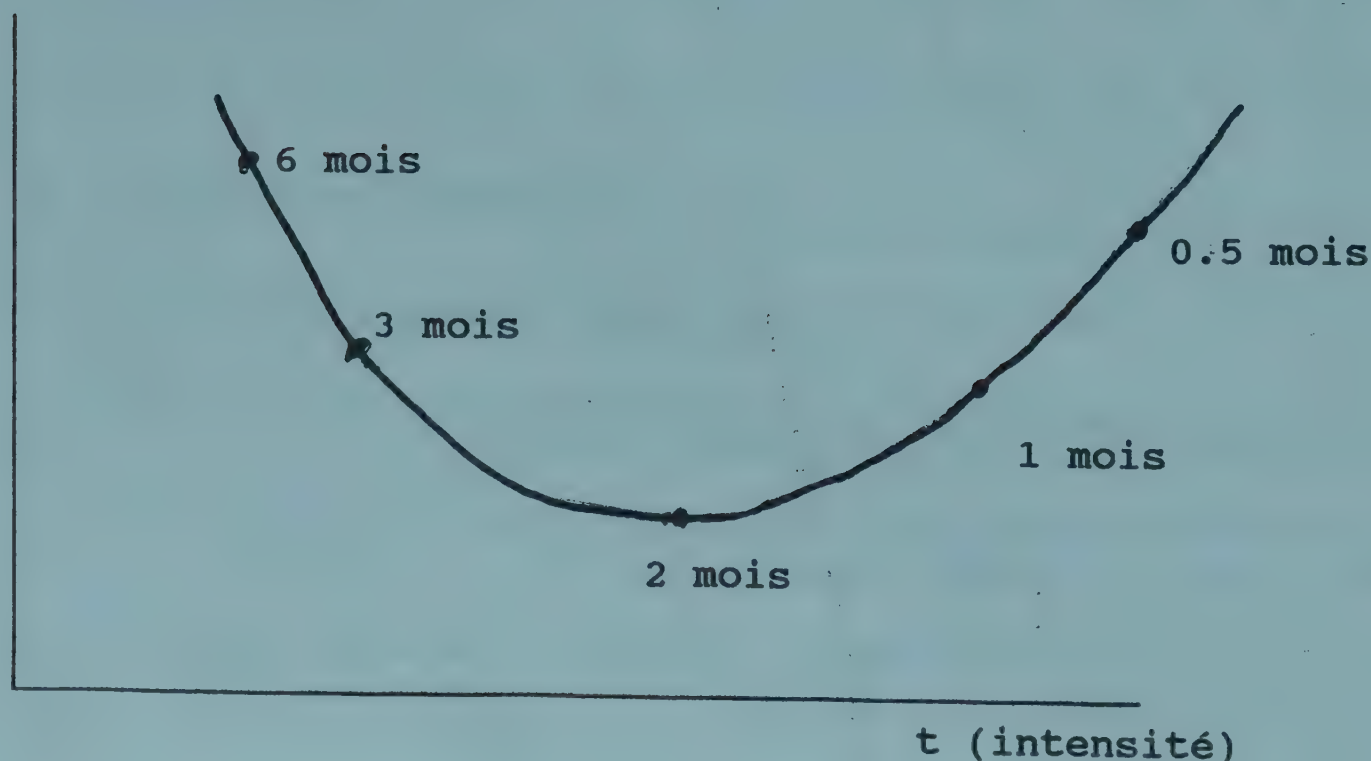
point 5) Connaître les coûts d'investissements pour l'outillage et éventuellement le cout de construction pour les locaux

point 6) Au travers des factures (électricité, eau, téléphone, photocopies etc.)

Pour optimiser le coût pour la maintenance préventive, il faut définir le point optimal sur la courbe suivante:

Définir courbe optimale pour une maintenance préventive

coût



Pour définir la courbe, il faut les données suivantes:

- 1° définir l'équipement ou le groupe d'équipements
- 2° date de commencement de la maintenance préventive avec l'état de l'équipement (neuf ou assez usé)
- 3° Noter ^{les périodes} de maintenance préventive avec le temps d'intervention sur les cartes historiques, nom du technicien, consommables et éventuellement pièces détachées.
- 4° calcul pour une heure de travail (salaires + coûts divers)

Dans le cadre de notre projet au Sénégal la GTZ a justement commencé de réaliser une recherche pour analyser les coûts d'une maintenance préventive d'un côté et de l'autre côté des données exactes sur les besoins nécessaires pour le nombre des ressources humaines. (ing., techn., ouvriers). Les premiers résultats sont attendue pour été 1994,

Comme on avait dit au précédant la politique de maintenance doit avoir comme objective le meilleur taux de disponibilité des équipements. Pour arriver à ça, il faut mettre en place une maintenance préventive et un controle de qualité pour assurer la performance des équipements. Ceci est très importants d'un côté pour réduire les couts d'investissements, et d'autre part pour diminuer les risques pour les malades.

Prenez les exemples très simples :

- le non fonctionnement d'un défribillateur en cas de besoin.
- le mauvais fonctionnement d'un bistouri concernant le dérivement des réglages de puissance
- défaut dans un système d'imagerie: risque de mauvaise interprétation avec diagnose fautif comme conséquence éventuelle.

Les coûts créer par des défauts du materiel ou de la non disponibilité d'équipement peuvent être exorbitant.

Il est sure, n'importe dans quelle région ou sur quel continent on examine la situation, les coûts pour un système de maintenance préventive sont inférieurs aux couts de hazards causer par des défaillances techniques ou par des manipulations fautives du personnel utilisateur sur des équipements.

Littérature :

Boitel, Daniel / Hazard, Claude
 "GUIDE DE LA MAINTENANCE"
 Nathan - 1987.

21

L'HYGIENE HOSPITALIERE / RWANDA
PAR MME. ANDREA KNIGGE/M. HENNING MORR

TABLE DES MATIERES

I	INTRODUCTION
	Les buts et les domaines de l'hygiène hospitalière
II	L'ETUDE A RWANDA
II.1.	Matériel et méthode
II.2.	Résultats
II.2.1.	Description de l'hôpital
II.2.2.	Personnel de l'hôpital:
II.2.3.	Les résultats de l'efficacité de la désinfection et de la stérilisation
II.2.4.	L'incidence des infections nosocomiales de plaies
III	DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS
IV	BIBLIOGRAPHIE
V	ANNEXE

I INTRODUCTION

Les buts de l'hygiène hospitalière sont les suivants:

1. La diminution de complications lors de processus de la guérison du malade
2. La diminution de risques d'une contamination et d'une infection dans l'hôpital
3. La protection de l'environnement de l'hôpital contre la propagation des microorganismes pathogènes et virulents.

L'hygiène hospitalière implique les domaines suivantes:

1. L'observation stricte de l'asepsie et l'antisepsie lors de toutes manipulations thérapeuto-diagnostiques
2. L'interromption des voies de transmission des germes par le biais de la désinfection, le nettoyage et la stérilisation
3. La prescription d'antibiotiques critique et réglementée pour empêcher la sélection des spectres bactériens résistants
4. La protection de la santé du personnel médical et paramédical
5. L'évacuation adéquate de déchets infectieux.

La comparaison des incidences des infections nosocomiales des pays industrialisés avec l'incidence de l'Inde, l'Ethiopie et la Jamaïque exige une explication du taux élevé aux pays en voie de développement (3,5,6,9) (voir annexe 1).

Compte tenu des conditions socio-économiques et d'un dynamisme de population différents des pays industrialisés, rendent certaines exigences presque irréalisables à un hôpital rural africain (18).

Le fait qu'il existe souvent une pénurie de matériel et de personnel qualifié ainsi que des ressources financières dans les hôpitaux ruraux montre que l'accomplissement stricte d'une politique d'hygiène n'est toujours réalisable (12).

Les mesures ineffectives prises face aux infections nosocomiales, entraînent que le budget de l'hôpital est chargé par le frais élevé suite à l'hospitalisation prolongée du malade à cause d'une infection nosocomiale et une consommation supplémentaire de matériel médical et de médicaments (14).

P.ex., le frais supplémentaire suite aux infections nosocomiales de l'ancien RFA s'élève à 258 Mio.DM au cours d'une année. (1)

II L'ETUDE A RWANDA

Pour tester l'efficacité des mesures prophylactiques et pour dépister l'étiologie des infections nosocomiales de plaies nous avons effectué une étude de huit mois dans un hôpital rural au Rwanda.

Les points de départ pour cette étude étaient:

1. Une évaluation des conséquences dues au déficit de formation médicale, aux ressources matériel limitées et à la pénurie des installations sanitaires.
2. Une évaluation de l'efficacité de la désinfection, du nettoyage et de la stérilisation sous les conditions existantes.

II.1. Méthode de la recherche

1. Documentation de l'infrastructure de l'hôpital et la situation d'hygiène hospitalière actuelle.
2. Les domaines de la désinfection, du nettoyage et de la stérilisation ont été examinés par des méthodes microbiologiques.

Les examens qualitatifs par des prélèvements et les quantitatifs par des échantillons d'empreinte.

L'efficacité de la stérilisation dans l'autoclave a été testée par des indicateurs chimiques (steam clox).

3. La recherche de l'incidence des infections nosocomiales de plaies à été effectuée par le biais microbiologique (prélèvements et isolation de germes, différenciation par la coloration de gram et des antibiogrammes).

En détail:

- Le dépistage du spectre bacterien des plaies et de l'entourage de malade
- le dépistage des résistances aux antibiotiques des germes.

Les examens microbiologiques ont eu lieu dans un laboratoire ayant une bonne capacité de rendement.

4. L'évaluation du niveau de formation paramédicale, en détail l'exécution de la désinfection et la stérilisation et la connaissance des règles d'asepsie et d'antisepsie était poursuivie par un questionnaire destiné au personnel paramédical.

II.2. Résultats

II.2.1. Description de l'hôpital

Cet hôpital disposait de 150 lits dans une région de 500 000 habitants; sa fonction portait sur la médecine curative, la médecine interne, la chirurgie et la gynécologie/obstétrique. Le nombre de malades hospitalisés annuel se relève à 2000, dont un tiers étaient des cas chirurgicaux. 20 000 patients ont été traités au service des urgences (selon l'administration de l'hôpital).

Les maladies les plus fréquentes étaient des gastroentérites, des maladies pulmonaires infectieuses, des maladies parasitaires et le paludisme.

La salle de femmes, d'hommes et la salle de la gynécologie/obstétrique avaient une capacité de 44 lits.

L'infrastructure de l'hôpital:

1. la pénurie d'eau courante aux salles de malades
2. Les installations sanitaires défectueuses dans les chambres de service
3. Pas de salles d'isolement pour les malades avec des maladies infectieuses
4. Pas de séparation stricte des régions septiques et aseptiques au bloc opératoire
5. L'équipement de salle d'opération est défectueux (la table d'opération, l'aspirateur électrique, des instruments)
6. Pas de service d'entretien
7. Pas de pièces de rechange pour des appareils médico-techniques
8. Pas de chaudron à la lingerie
9. Pas de canalisation fermée
10. Pas d'évacuation adéquate de déchet (aucune séparation de déchet infectieux; l'accessibilité de la fosse pour tout le monde)
11. Pas d'incinérateur pour les déchets organiques

II.2.2. Personnel de l'hôpital:

Le soins de malades était prise en charge par 3 médecins et 7 infirmières, dont une infirmière ayant une formation de trois années (A 1) et 6 infirmières auxiliaires.

Le fait que l'équipe du jour se constitue d'une seule infirmière pour chaque salle (1 infirmière pour 44 malades), deux infirmières aux service des urgences, à la salle d'opération et à la stérilisation montre la pénurie de personnel.

Il est compréhensible que la ressource limitée du personnel qualifié et le surchargement de travail ne permettent pas un travail satisfaisant et adéquat à l'égard de l'hygiène.

Le fait que la responsabilité des infirmières et du personnel de nettoyage n'était pas exactement définie, entraînait que le personnel ne pouvait pas rendre responsable d'un travail inadéquat.

II.2.3. Les résultats de l'efficacité de la désinfection et de la stérilisation

La désinfection

Dans cet hôpital le désinfectant, le plus utilisée est le Chloramine T.

Les cibles des ions chlorés sont tous les microorganismes, les mycobactéries ainsi que les spores et les virus, comme celui d'hépatite B et du SIDA (4).

Le tableau (annexe 2) montre les concentrations et les temps d'action chimique proposés pour la désinfection avec la Chloramine T (4,13).

Domaines d'utilisation

Le tableau (voir annexe 3) montre que les concentrations de la solution de Chloramine T préparées pour la désinfection des plaies, des surfaces et des instruments sont hypoconcentrées et en plus, préparées sans respect de domaine d'utilisation.

Sur un total de 51 échantillons de solution de Chloramin T, 14 (28%) présentaient des contaminations bactériennes.

Les examens sur l'efficacité de la désinfection des surfaces de travail et du chariot ont montrés que sur 50 prélèvements 25 (50%) étaient contaminés par des germes gram négatifs.

Les causes de la désinfection ineffective:

L'absence de mode d'emploi concernant la préparation et

L'utilisation de chloramine T entraîne:

- la préparation individuelle de la solution dans tous les services
- la préparation d'une solution hypoconcentrée
- le non-respect du temps d'action chimique
- l'usage des solutions sans respecter le domaine d'utilisation
- la récontamination des objets désinfectés par l'usage d'un torchon contaminé.

La stérilisation

Tous le matériel comme les instruments, les liquides injectables et la linge opératoire ont été stérilisés dans un autoclave électrique.

Les résultats des examens testant l'efficacité de la stérilisation par autoclave (voie annexe 4) ont montré que sur 260 tests, 16% n'étaient pas suffisantes.

Les causes pour la stérilisation inefficace étaient les suivantes:

- L'état de fonctionnement de l'autoclave était déficiente du fait du manque de pièces de rechange, p. ex. le joint en caoutchouc était poreux, les soupapes ne fermaient pas. Il n'y avait pas un service d'entretien à l'hôpital.
- La pénurie de personnel qualifié de la stérilisation conditionnait que sur un tiers de cas observés le maniement de l'autoclave était incorrect.

Le tableau suivant (voie annexe 5) montre les résultats des prélèvements prises dans les boîtes d'instruments stériles sur les services:

Sur un total de 85 prélèvements dans les boîtes stérilisées, 33 (39%) étaient contaminées par des germes gram positifs, gram négatifs ou par des spores.

Les causes de la contamination des boîtes prétendues stériles sont les suivantes:

Les causes de la contamination des boîtes prétendues stériles sont les suivantes:

1. Remplissage des boîtes stériles avec des instruments non-stériles
2. La prise des instruments par une pince contaminée
3. La non-stérilisation des boîtes d'instruments
4. La pénurie de boîtes et d'instruments entraîne l'usage prolongé.

II.2.4. L'incidence des infections nosocomiales de plaies

1. Les examens bactériologiques, portant sur 126 malades avec des plaies, montraient que 65 (52%) ont développés une infection nosocomiale de plaie.

2. Le tableau (voie annexe 6) montre, que le pourcentage de malades qui ont développés l'infection pendant les 5 premiers jours de l'hospitalisation, passe à 70% (46 malades).

Le taux élevé des infections nosocomiales de plaies est dû à:

1. La non-inspection de plaies par les médecins

conséquence: - pas d'information sur l'état actuelle de plaie
- traitement inefficace

2. Le débridement tardif et inadéquat des plaies

conséquence: - risque d'une infection élevée à cause du tissu
nécrotisé

3. Le non-contrôle des plâtres appliqués

Des exemples: L'effet de traitement conservatif d'une fracture était que 10 malades sur 10 développaient des infections nosocomiales causées par des plâtres serrés et par le non-regard de la protection de peau. Il n'y avait pas la possibilité de traiter la plaie au-dessous de plâtre et par conséquent il se développait une nécrose superinfectée par des germes nosocomiaux.

4. Le traitement antibiotique

Le taux des infections nosocomiales de plaies sous chimiothérapie était le suivant:

Sur un total de 113 patients, 105 (93%) étaient soumis à un traitement antibiotique prophylactique.

Sur le total de 65 malades avec une infection nosocomiale de plaie, 60 (92%) malades étaient sous traitement antibiotique.

Les résistances des germes gram négatifs sont principalement dirigée contre l'ampicilline (91%), les tétracyclines (87%) et le cotrimoxazol (78%) ~~(voir annexe 7)~~.

La fréquence des résistances antibiotiques était causée par :

- La non-coopération des médecins dans la chimiothérapie
- une diagnose insuffisante avant le traitement
- le non-contrôle de la guérison de malade sous antibiotiques
- connaissance insuffisante d'un traitement d'antibiotique critique.

Les causes de développement des infections nosocomiales au niveau de personnel paramédical étaient :

- la tenue insuffisante des dates importantes dans les dossiers de malades, p.ex. :

- sur un total de 59 malades avec de points de suture 23 (39%) développaient une infection nosocomiale de plaie (voie annexe 8).

24% (14) de malades présentaient une infection de plaie en raison de l'oubli d'ablation de points de suture.

Le contrôle de dossiers du malade montrait, que la date de l'ablation de fils n'y était pas documentée.

Les points suivants montrent le non-respect de l'asepsie et de l'antisepsie lors de changement de pansement :

1. Sur un total de 150 pansements le personnel n'a porté des gants que par 30 (20%).
2. La récontamination des boîtes stériles par des instruments contaminés
3. Les pinces, contaminées par contact avec la plaie d'un malade, sont été utilisées plusieurs fois comme des instruments prétendus stérils.
4. La contamination de l'entourage de malade lors de changement de pansement en jettant des pansements utilisés au plancher.

La comparaison de la population bactérienne des plaies avec celle de l'entourage montre qu'une certaine espèce de germes dans les plaies était liée à la présence d'une quantité élevée de cette même espèce dans l'entourage du malade (voie annexe 9).

L'inclusion inofficielle de garde-malades au travail paramédical pose un problème supplémentaire, parce qu'ils n'étaient pas enseignés de travailler selon les mesures prophylactiques (p. ex. ils ne sont pas informés sur la nécessité du nettoyage de mains et sur l'infectiosité de sécrétas et excréta). En plus, ils n'ont aucun moyen protectif à la disposition (p.ex. d'eau courante, du savon, des désinfectants).

Néanmoins, le personnel paramédical a délégué les travaux suivants aux garde-malades:

1. L'ablation du pansement
2. L'assistance lors de changement de pansement
3. Le transport de pansements contaminés à la fosse
4. Le nettoyage de crachoirs et de bassins.

Pour déceler une transmission de germes par les mains du garde-malade, aux patients et à l'entourage, on a effectué des examens microbiologiques.

50 examens ont été effectués pour comparer le spectre de germes et leurs résistances antibiotiques sur les mains de garde-malades avec le spectre et les résistances de germes prélevés de "leur" malade et son entourage.

On constatait que sur 13 cas le spectre et les résistances de germes ont été identiques.

Un exemple est présenté par le tableau (voie annexe 10).

Récapitulatif on peut dire, que les facteurs favorisant une infection nosocomiale, sont les suivants (voie annexe 11):

III DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

L'analyse des résultats montre une restriction de la fonction de l'hôpital par des conditions modérées au niveau d'hygiène. Ce fait que l'incidence des infections nosocomiales de plaies s'élève sur 52%, montre que les mesures prophylactiques prises face à la propagation de microorganismes sont inefficace. Un changement de la situation d'hygiène exige conséquemment une stratégie préventive, premièrement au niveau hospitalier et secondairement au niveau de ministère de santé au moyen d'un plan d'action échelonné.

Plan d'action pour l'amélioration de l'hygiène hospitalière

Mesures à long terme :

- Amélioration de la formation de personnel
- Etablissement d'une équipe pour la surveillance de la situation de l'hygiène hospitalière

Mesures à moyen terme

- amélioration de l'infrastructure de l'hôpital

Mesures à court terme

- amélioration de la qualité du travail.

Des mesures à court terme et à moyen terme sont recommandés au niveau hospitalier pour garantir une qualité améliorée du travail ainsi qu'une infrastructure adéquate de l'hôpital.

Une amélioration de la formation médicale et paramédicale ainsi que l'établissement d'une équipe pour la surveillance de la situation de l'hygiène hospitalière soient les mesures à long terme exécutables à l'échelon national.

Les mesures à court terme

- l'introduction d'un guide pratique d'hygiène hospitalière
- l'enseignement et le contrôle des infirmières par des médecins lors de changement de pansement.
- la réunion du personnel de santé à intervalles réguliers
- l'information du personnel sur des risques d'acquérir une infection nosocomiale
- la sensibilisation visuelle de garde-malades (poster)
- la disponibilité du matériel protectif
- la documentation de la consommation des matériaux
- la commande ponctuelle du matériel consommé
- l'entretien des instruments et des appareils par de moyens disponibles.

Un guide pratique de l'hygiène hospitalière, contenant les règles de la désinfection et la stérilisation ainsi que des recommandations d'un travail sous des conditions aseptiques et antiseptiques contribuera à l'empêchement de la propagation de microorganismes.

Mais il faut prendre en considération, que non seulement l'application de conseils entraîne une amélioration notable de l'hygiène dans l'hôpital. Seulement le renseignement et l'explication concernant les directives établies élèveront l'acceptation et l'intériorisation des mesures prophylactiques recommandés (10).

La disponibilité du matériel protectif (comme des gants, du désinfectant, du savon etc.), exige la documentation du matériel consommé et la commande ponctuelle et contrôlée.

Une étude portée sur l'acceptation des mesures prophylactiques (15) a montrée que les actions d'information renforcées et complémentaires, la sensibilisation visuelle du personnel élèveront principalement l'acceptation de l'usage des gants.

Une coopération étroite entre les médecins et les infirmières ainsi que la tenue conséquente des dossiers de malades permettra un contrôle efficace de la guérison du malade.

Les réunions périodiques du personnel de l'hôpital renforceront l'échange d'information à l'échelon horizontal ainsi que le vertical.

La sensibilisation visuelle des garde-malades et des informations supplémentaires par les infirmières sensibiliseront la compréhension des règles d'hygiène et la nécessité de les respecter.

Les mesures à moyen terme

Amélioration de l'infrastructure de l'hôpital

- I Etablissement ou réparation des installations sanitaires
- II Evacuation de déchet et d'eaux usées par un système fermé et inaccessible
- III La remise en état des chambres d'isolement.

En effet, une amélioration de l'infrastructure grevera le budget de l'hôpital, mais ces mesures absolument nécessaires soient rentables à l'égard de la prévention des infections nosocomiales.

Par conséquent, la construction des égouts fermés dirigeant vers une fosse consolidée et en plus, l'installation de l'eau courante dans tous les services sont indispensables pour prévenir que l'hôpital constitue le point de départ de maladies infectieuses endémique et épidémique.

Sous l'aspect d'hygiène, la vie en commune d'un grand nombre de malades sur un terrain délimité pose un danger potentiel à l'égard de transmissions interpersonnelles des microorganismes (2).

Pour cela, la séparation des patients infectieux par des chambres d'isolement soit la solution, la plus souhaitable.

Mais en cas il n'y a pas la possibilité de les séparer, les médecins sont obligés envers le personnel de l'informer sur la contagiosité du malade avec la demande de respecter des mesures préventifs lors de soins.

Mesures à long terme

1. Amélioration de la formation du personnel de santé

- révision des curricula médicaux
- collaboration étroite entre l'Université et d'hopitaux ruraux
- révision des curricula paramédicaux
- Formation pratique supervisée par des infirmières qualifiées
- l'intégration de l'hygiène hospitalière à la formation de personnel de santé.

2. la formation d'une équipe pour la surveillance de l'hygiène hospitalière:

Cadre: médecins, assistants médicaux, infirmières,
(épidémiologues)

Fonction: la supervision externe de la situation d'hygiène dans
l'hôpital de district

Buts: Organisation des mesures prophylactiques prises face aux
infections nosocomiales

- Contrôle de résistance antibiotique
- Contrôle de la désinfection, du nettoyage et de la stérilisation
- consultation et renseignement à la planification ou la remise en état des chambres d'isolement et des installations sanitaires
- Contrôle de l'évacuation de déchets et d'eaux usées
- examens épidémiologiques dans l'hôpital et l'environnement
- recyclage du personnel à l'égard des questions de l'hygiène hospitalière.

Dans le cadre de mesures à long terme, une révision des curricula médicaux et paramédicaux est recommandable. Dans le domaine médical, le point capital soit à la pharmacologie, à la diagnose et au traitement des maladies infectieuses.

Concernant la pharmacologie, il serait souhaitable de poursuivre une antibiothérapie critique et une prescription selon les résultats diagnostiques.

À l'université à Groningen (Pays Bas) on a élaboré un programme en ce qui concerne des problèmes diagnostiques de maladies infectieuses ainsi qu'une prescription critique des antibiotiques. Le remaniement de ce modèle sous des conditions de l'endroit et l'intégration à la formation pratique des médecins puisse contribuer à une prescription d'antibiotique plus efficace pour le malade.

D'autre part, la connaissance d'une chimiothérapie critique diminuera les germes résistants, favorisés par la sélection antibiotique.

Pareillement, il faut prendre en considération que le recyclage de médecins à l'égard de diagnose et du management des maladies infectieuses soit orienté aux besoins des hôpitaux ruraux.

Désormais, une coopération étroite entre les médecins de l'université et de l'hôpital rural soit recommandable sous forme d'une supervision active des jeunes collègues pour garantir le recyclage permanent.

En révisant les curricula des infirmières, il serait convenable d'enrichir la connaissance de l'hygiène hospitalière et en plus d'approfondir des techniques des soins médicaux.

Une apprentissage supervisée par des infirmières qualifiées empêchera l'internalisation des fautes et avancera des actions autocritiques.

Plusieurs programmes de l'OMS comme p.ex.: "A guide to curriculum review for basic nursing" (17) ou "An agenda for action, changing medical education" (16) donnent des propositions productives d'une révision de la formation paramédicale.

La dernière démarche de l'établissement de l'hygiène hospitalière est la composition d'une équipe pour la surveillance des hôpitaux.

L'équipe se compose des médecins, des assistants médicaux, des infirmières et des épidémiologues, ayant un recyclage au contrôle, à la prévention et à l'épidémiologie des infections nosocomiales.

Cet équipe assume la surveillance externe par le contrôle de résistance antibiotique, le contrôle des infections nosocomiales par des examens épidémiologiques, la consultation et le renseignement à la planification de bâtiments hospitaliers et en plus le recyclage du personnel hospitalier à l'égard de questions de l'hygiène.

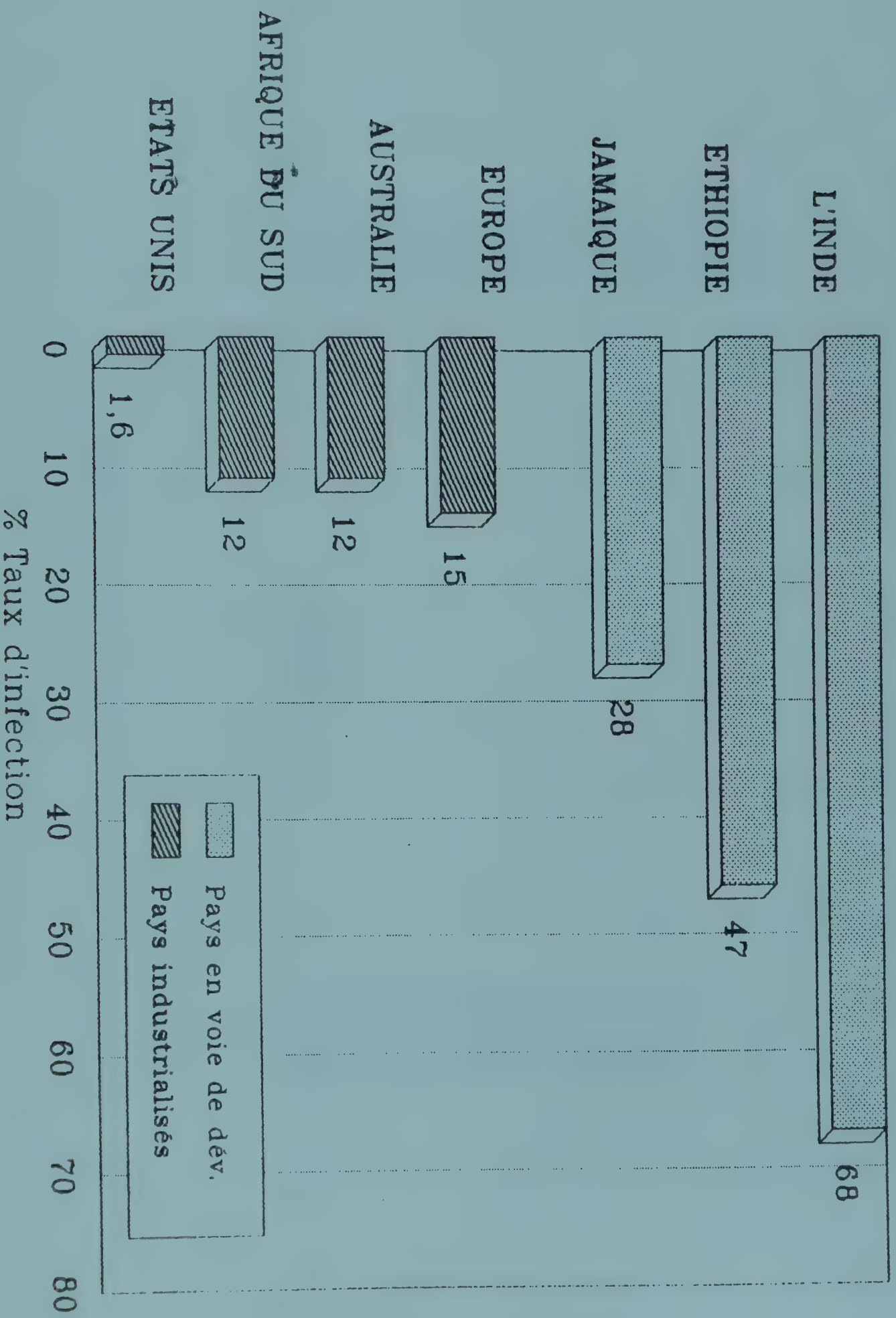
En cas des problèmes actuels d'hygiène, cet équipe doit constituer une institution officielle en fonction d'une interlocuteur directe.

Bibliographie

- 1 Arbeitsgemeinschaft Infektionskontrolle im Krankenhaus:
Hochrechnung der Kosten für Krankenhausinfektionen für die Bundesrepublik Deutschland
Gutachten im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung
in: Dt. Ärztebl. 86, 6, (9. 2. 1989) 228-231.
- 2 Beck, E.G., Schmidt, P.:
Infektionsepidemiologie
in: Beck, E.G., Schmidt, P. (Hrsg.)
Hygiene in Krankenhaus und Praxis
Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, (1988) 62-70.
- 3 Brote, L.:
Wound Infection in Clean Potentially Contaminated Surgery
Acta.Chir.Scand., 142 (1976) 191-200.
- 4 Bundesgesundheitsamt:
Liste der vom Bundesgesundheitsamt geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren
Stand 1.6.1987, Hyg.u.Med., 12 (1987) 475-468.
- 5 Burkinstock, W.E.:
Surgical Sepsis
S.Afr.Med.J., 47 (1973) 463-464.
- 6 Cruse, P.J.E., Foord, R.:
The Epidemiology of Wound Infection
Surgic.Clin.of North Am., 60 (1980) 27-39.
- 7 Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie:
Richtlinien für die Prüfung und Bewertung chemischer Desinfektionsverfahren
Erster Teilabschnitt, 1.1.1981
Gustav Fischer Verlag Stuttgart, New York, (1981) 3-13.
- 8 Kielmann A.A., Janovsky, K., Annett, H.:
Assessing District Health Needs, Services and Systems
African Medical Research Foundation (AMREF) and Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit GmbH., (GTZ) 1991.
- 9 Messele Gedebeu, Habte-Gabr, E., Kronwall, G., Seyoum, Y.:
Hospital Acquired Infections among Obstetric and Gynaecological Patients at Tikur Anbessa Hospital, Addis Ababa
J.of Hosp.Inf., 11 (1989) 50-59.

- 10 Mitchell, E.R.:
The Control of Infection Committy: Position and Authority
Health.Soc.Serv.J.Suppl., 88 (1973) 15-22.
- 11 Parimi Praphakar, Dilip, R., Castle, D., Rao, B., Fletcher, P., Duquesnay, D., Venugopal, S., Carpenter, R.:
Nosocomial Surgical Infections: Incidence and Cost in a Developing Country;
Am.J.Infect. Contr., 11 (1983) 51-56.
- 12 Scheiber, P., Heist, K., Grupe, S.:
Hygieneprobleme in afrikanischen Landkrankenhäusern II
Mitt.österr.Ges.Tropenmed.Parasitol., 12 (1990) 233-44.
- 13 Wallhäußer, K., H.:
Praxis der Sterilisation, Desinfektion und Konservierung
Thieme Verlag Stuttgart, New York
(1984) 297-318, 517-519.
- 14 Western, K.A., St. John, R.K., Shearer, L.A.:
Hospital Infection Control - an International Perspective
Infect.Control., 3 (1982) 453-455.
- 15 Wong, E.S., Stotka, J.L., Chinchilli, V.M., Williams, D.S., Stuart, C.G., Markowitz, S.M.:
Are Universal Precautions effective in Reducing the Number of Occupational Exposures among Health Care Workers JAMA, 265 (1991) 1123-1128.
- 16 World Health Organisation:
Changing Medical Education, An Agenda for Action
WHO, EDUC 91.200
- 17 World Health Organisation:
Basic Concepts of Nursing Education
In: A Guide to Curriculum Review for Basic Nursing Education; Orientation to Primary Health and Community Health, WHO, Geneva (1985) 12-14.
- 18 World Health Organisation:
Hospitals and Health for All
Report of a WHO Expert Committee on the Role of Hospitals at the first-referral Level
WHO, Technical Report Series 744, Genf (1987).

Les incidences des infections nosocomiales
de plaies aux pays industrialisés et
aux pays en voie de développement



LES CONCENTRATIONS ET LES TEMPS D'ACTION CHIMIQUE CORRECTS,
RESPECTANT LES DOMAINES D'UTILISATION DE CHLORAMINE T ()

	MAINS			
	PEAU	LINGE	SURFACES	INSTRUMENTS
CONCENTR. %	1.5	0,5- 2,5	1,0- 2,0	1-3
TEMPS D'ACT.	1-2MIN	12H	1 - 2H	1H

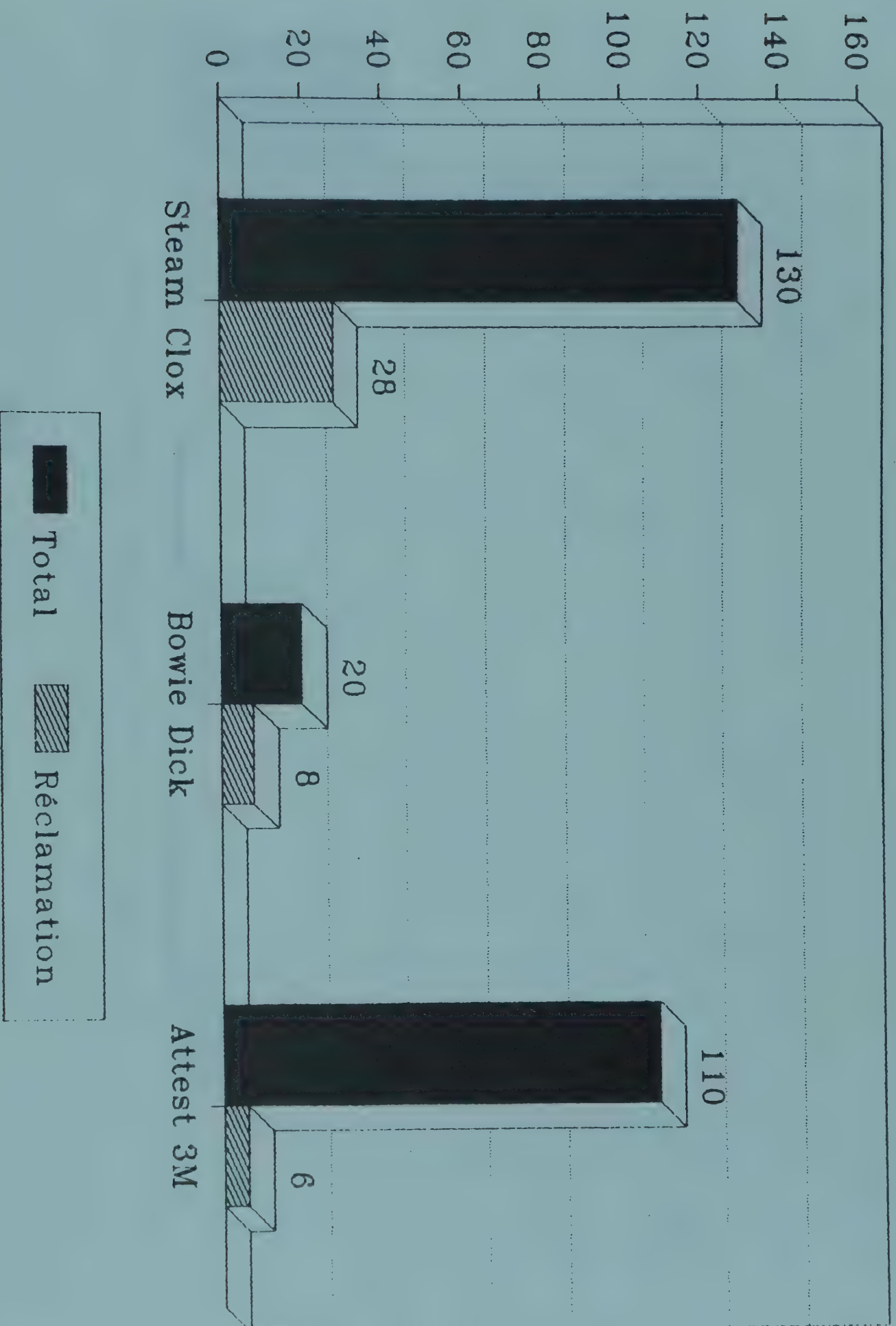
DOMAINES D'UTILISATION ET CONCENTRATIONS DE CHLORAMINE T DANS
LES DIFFERENTES SERVICES.

SERVICE	CONC. (%)	PH	DOMAINES D'UTILISATION				
			PLAIES	PEAU	INSTR.	CYL.	SURF.
FEMMES	0,25-0.5	7.0-8.5	X	X	X	X	(X)
HOMMES	0.5 -1.0	7.5-8.5	X		X	X	(X)
URGENCES	0.5 -1.0	7.0-7.5	X	X	X		(X)
BLOC	0.5 -1.0	7.5-8.0	X		X		(X)
GYNECO.	0.5	7.5-8.0	X	X	X	X	(X)
LABO.	0.5	7.5-8.0			X		X

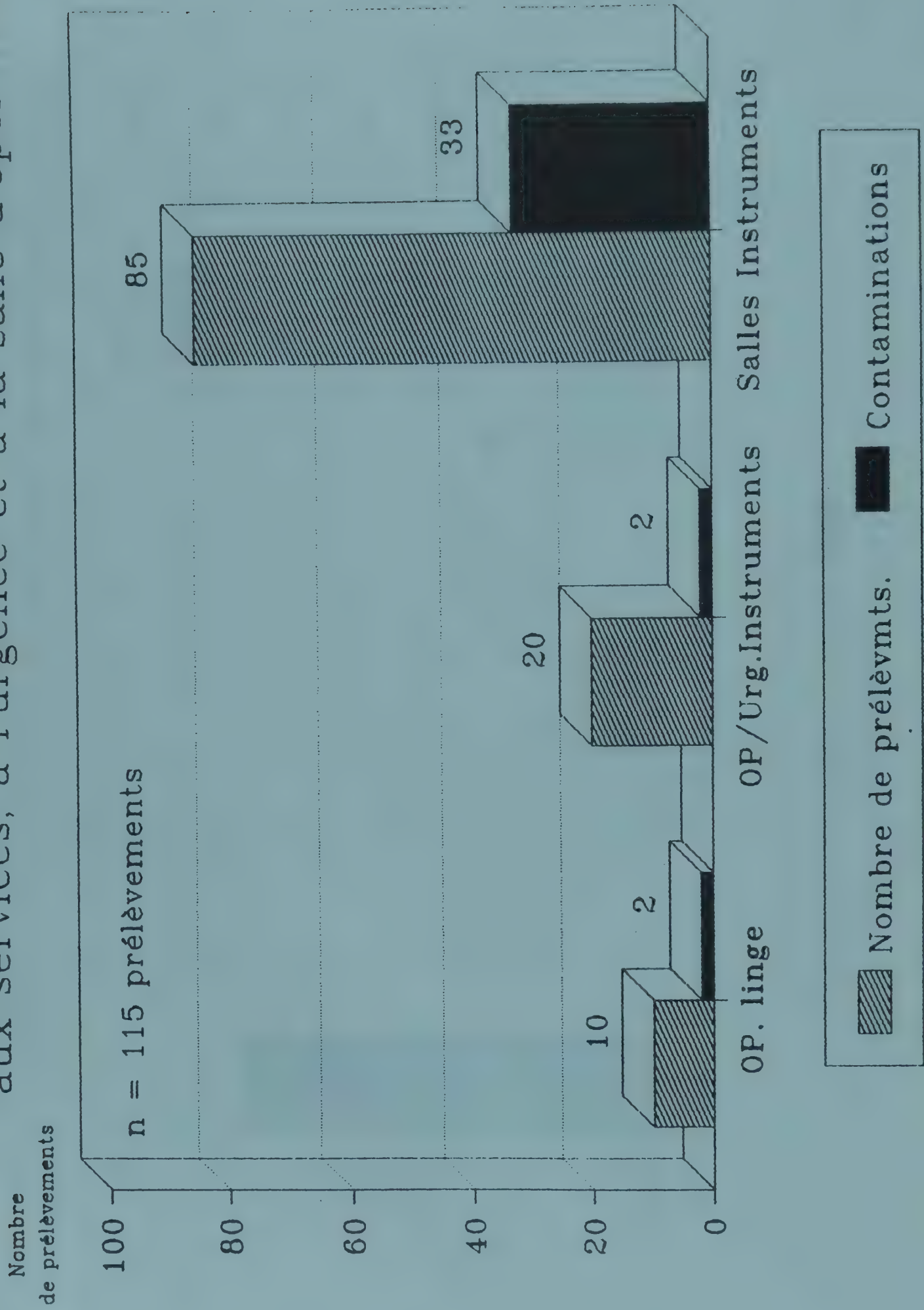
(X)= INTERVALLES IRREGULIERS

CYL.=CYLINDRES; SURF.=SURFACES

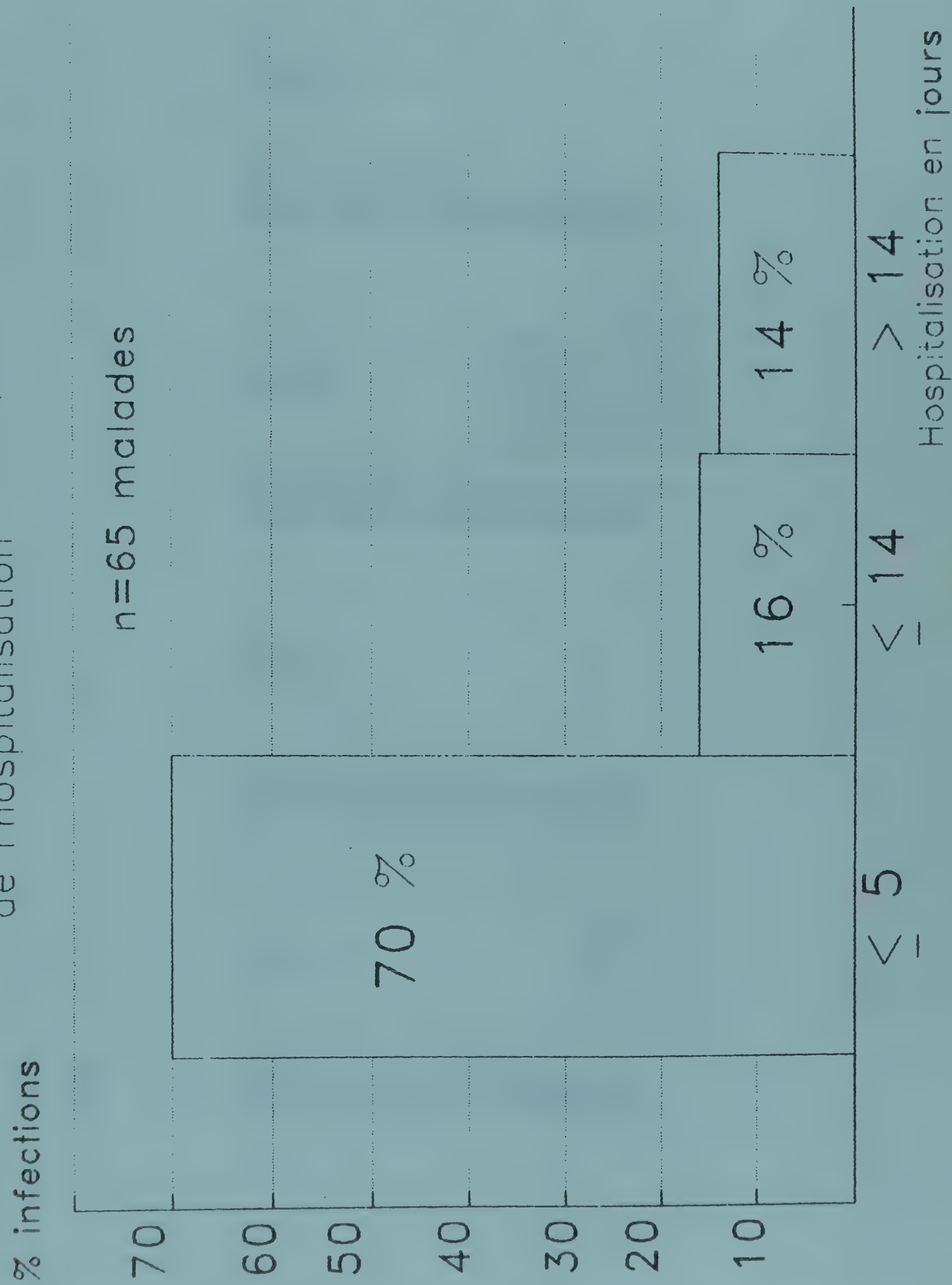
Résultats de la contrôle de la stérilisation
Nombre de dans l'autoclave n=260 contrôles 4
contrôles



Contaminations des matériaux stérilisés
aux services, à l'urgence et à la salle d'opération



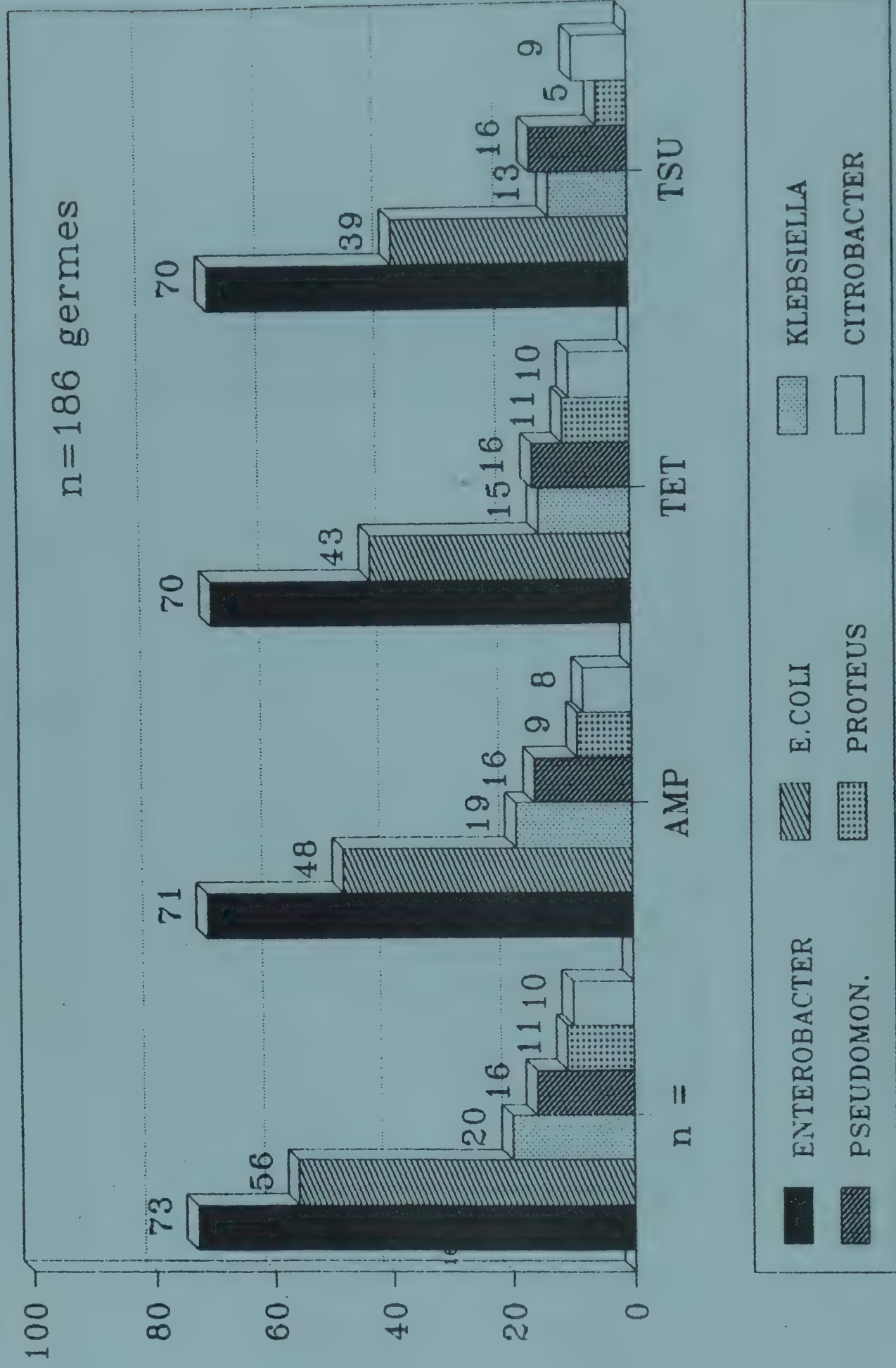
Plaies infectées en relation à la durée
de l'hospitalisation



Les résistances antibiotiques des germes isolés de l'entourage et des plaies contre AMP,TET,TSU

nombre
de germes

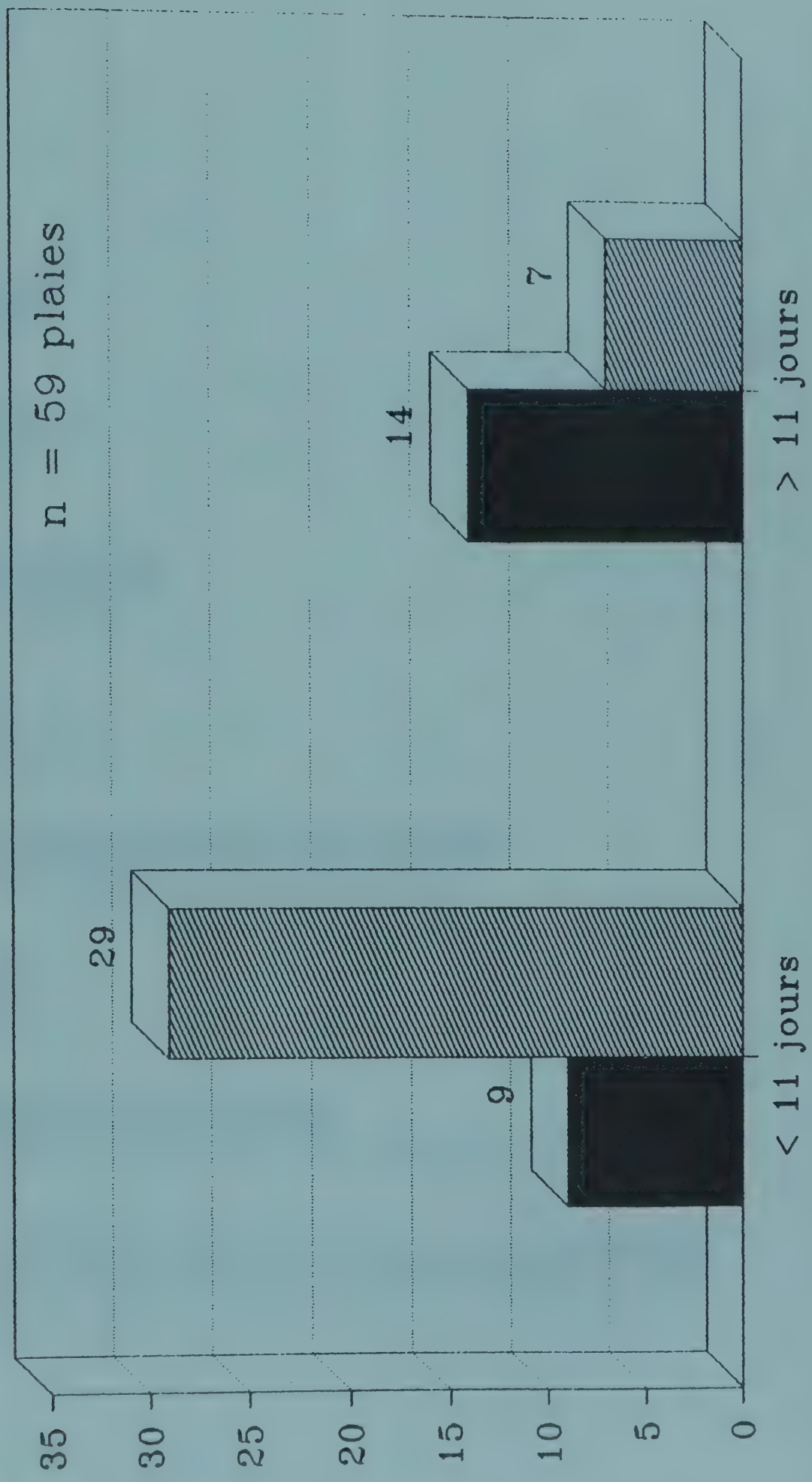
7



AMP:Ampicillin, TET:Tetracyclin, TSU:Cotrimoxazol

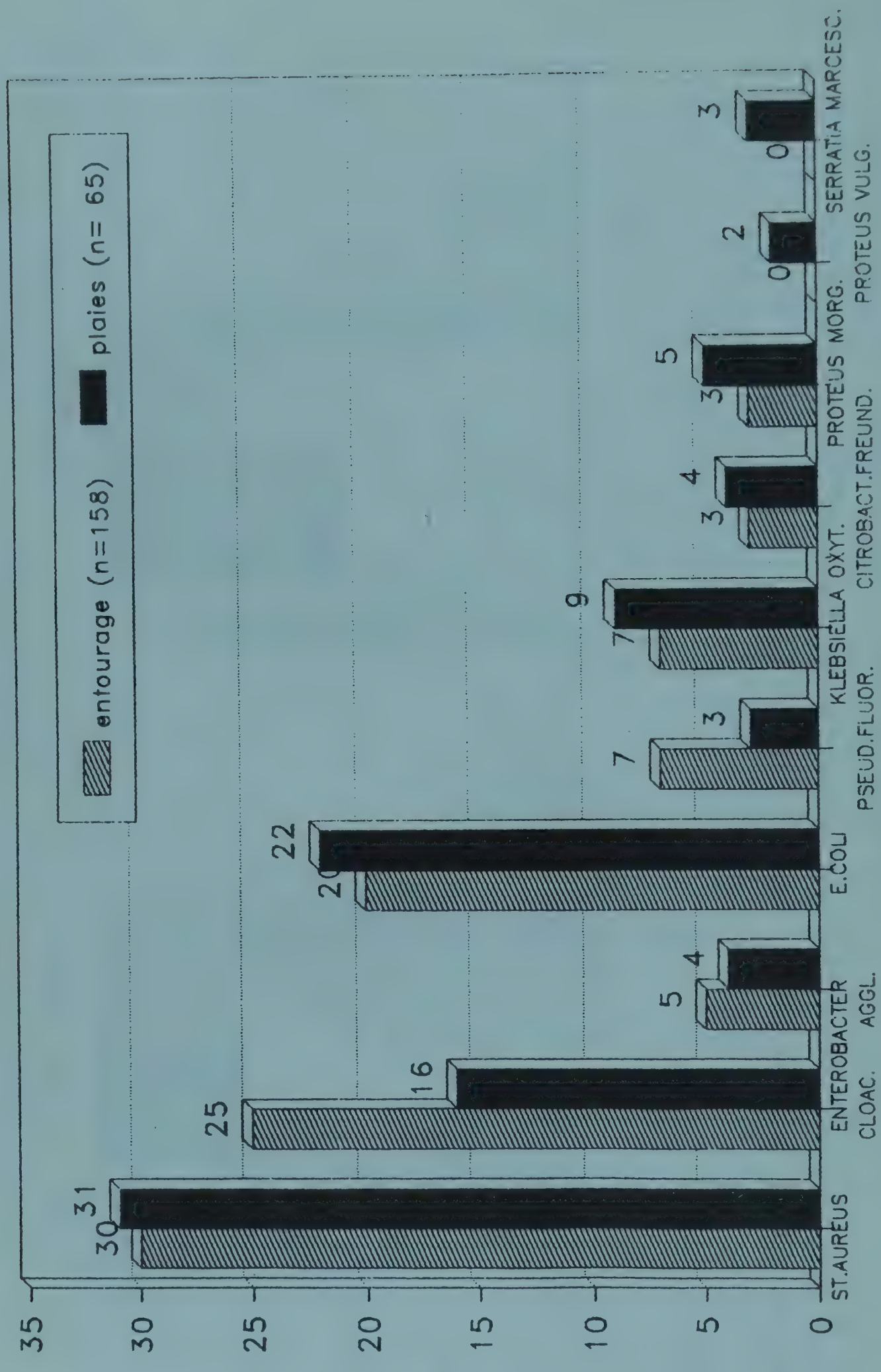
Relation entre le délai d'ablation du matériel
de suture et des infections de plaies

Nombre de
plaies



Plaies infectées Plaies non-infectées

9 Comparaison au spectre de germes de l'entourage et des plaies



RESISTANCES ANTIBIOTIQUES IDENTIQUES DE GERMES
DU MALADE, DES GARDE-MALADES ET DE L'ENTOURAGE;
UN EXEMPLE: ENTEROBACTER CLOACAE

ANTIBIOTIQUE	LIT 9	LIT 9	LIT 10
	JAMBE DTE	MAIN DU GDE-MALADE	PIED A L'INFUSION
AMP	R	R	R
AMC	R	R	R
MZL	R	R	R
ATM	S	S	S
CFZ	R	R	R
CMD	S	S	S
CTX	S	S	S
CAZ	S	S	S
TET	R	R	R
TSU	R	R	R
NOR	S	S	S
GEN	R	R	R

R=RESISTENT; S=SENSIBLE

LES FACTEURS DIRECTS ET INDIRECTS FAVORISANT UNE INFECTION NOSOCOMIALE

11

INDIRECT

La formation médicale
et paramédicale déficitaire

La pénurie d'
installations
sanitaires

La pénurie de matériel médical

DIRECT

Chemothérapie
inadéquate



Le non-respect de l'asepsie
et de l'antisepsie
lors de manipulations
thérapo-diagnostiques

Mesures prophylactiques inefficaces
(La désinfection, la stérilisation)

22

Yaoundé, 26.11.92

Assainissement à l'hôpital - Problèmes et suggestions.

Peter Scheiber (Darmstadt)

Comme nous le savons, et comme le confrère vient de le montrer, l'hôpital est un endroit où des infections peuvent être transmises.

Du point de vue épidémiologique, c'est peu surprenant: Un grand nombre des malades étant infectés, et parfois d'une résistance plus ou moins réduite à cause de leur maladie, à cause des interventions nécessaires etc. est traité au même lieu et en même temps.

Le loimopotential, le potentiel infectieux inhérent d'une situation épidémiologique est déterminé par le **nombre** des agents pathogènes disponibles **et** par l'**exposition** des sensibles.

En conséquence, on doit essayer - au milieu hospitalier - de **réduire tous les deux composants** de ce potentiel :

par réduction du **nombre** des germes potentiellement infectieux, surtout par l'**observation des règles d'hygiène** et par réduction de l'**exposition** surtout par des **décisions médicales** concernant des interventions, des soins, d'hébergement.

Dans les conditions idéales, une prévention est réalisable à des coûts considérables, nous savons que les conditions dans les hôpitaux qui nous intéressent ne le sont pas!

Du point de vue d'épidémiologie des infections nosocomiales, il-y-a entre autre les problèmes suivants:

1. Grandes salles - installations sanitaires pauvres,
2. accès libre des familles, des gardes malades, avec le problème d'importation des maladies contagieuses des alentours,
3. manque d'une infrastructure pour
l'évacuation des eaux usées, des déchets,
la destruction des matériaux infectieux.

Ce qui nécessite de se débarrasser efficacement de tous ces matériaux sur place, sur le terrain de l'hôpital même - en principe un cauchemar hygiénique.

Cette situation épidémiologique est encore aggravée par une pénurie de tous les matériaux médicaux de consommation, ce qui nous force de les **réutiliser** - souvent même - les matériaux à usage unique.

(La réutilisation, nécessite le nettoyage, donc une manipulation dangereuse, des matériaux contaminés).

Une telle situation épidémiologique peut aboutir, comme conséquence, - comme le confrère nous a expliqué - à beaucoup des infections nosocomiales.

Je vous rappelle que ce sont les médecins, qui sont responsable de la prévention des infections dans l'hôpital qu'ils dirigent, de la protection de leur malades et du personnel qui travaille sous leur direction.

L'assainissement doit absolument faire parti d'une conception globale d'hygiène hospitalière.

L'assainissement comprend toutes les actions nécessaires pour empêcher la propagation des agents pathogènes - une fois libérés à l'hôpital,

- grosso modo - les suivants:

- la désinfection - ciblée - des surfaces, des mains, des instruments, des ustensiles, etc. contaminées,
(le nettoyage se fait toujours après la désinfection !!)
- la buanderie
- la stérilisation
- et l'assainissement proprement-dit.

L'assainissement, qui - doit rendre un objet "sain"- demande - en principe - pour tous les déchets infectieuses et tous les objets contaminés,

1. un éloignement immédiat des agents pathogènes sans ou avec
2. un minimum des manipulations
3. conservation saine et saine, si nécessaire, jusqu'à
4. la destruction finale des agents pathogènes et des déchets, qui doit se faire,

par désinfection thermique,

par combustion (des matériaux non contaminés, qui peuvent être manipulés sans danger) - (four simple),

par déponie (enterrement) - (à couvrir de terre chaque soir)

par trou couvert avec couvercle ("Placenta pit")

Le même principe est à appliquer dans tous les cas où une action d'assainissement s'avère nécessaire - comme par exemple - aussi pour les eaux usées:

- éloignement immédiat sans manipulations, par la toilette propre et par les tuyaux,
- conservation (et traitement biologique) dans la fosse septique,
- élimination finale par le puits perdu, qui recoit les effluents de la fosse (ou par une autre technique adapté qui offre une solution finale pareille).

Pour arriver à une conception globale pour l'hôpital

il est souhaitable et nécessaire,

de mobiliser le personnel,

de former une commission chargée d'hygiène pour l'élaboration de ce concept.

Il faut surtout finalement des instruction claires, écrites et d'une détermination claire de la responsabilité.

Nonobstant la simplicité des solutions proposées pour le cadre d'un bon nombre des hôpitaux ruraux (voir le tableau), l'assainissement efficace - demande la participation de tout le personnel et une surveillance stricte, mais elle est sans doute possible.

Assainissement (exemples)	Soins/Salle des malades			Interventions Ambulance/Salle d'OP			Examens Labor/Banc de Sang	
Matériel	Eaux usées	Déchets	Tex- tiles	Instruments	Déchets	Text	Déchets sachets sang	Verrerie/ seringues
Ecartement immédiat	Toilettes	Sac	Sac	Boite/Désinf.	Sac	Sac	Seau couvert	Boite/Désinf
Transport	Egout	Sac fermé	S.fermé	Boite/Désinf.	S.fermé	Sac.fermé	Récipient fermé	Boite/Désinf
Préparation	Fosse sep- tique	Deponie/ four	Desin- fection	Lavage Nettoyage	x	Désin- fection	x	Lavage ? ? Réutilisat?
Solutions finales	Puits perdu	Couvrir de terre ou Trou	Laver+ Desinf. ther- mique* Recip. fermé	Sterilisé.* Récipient fermé	Dés.* therm. ou Trou	Lavage Dés.therm* Récipient fermé	Désinfection thermique * ou Trou	Sterilisé.* Récipient

* = Contrôl régulier

